

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

1994 – Κέρκυρα	1 ^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτών Νεφρολογίας
1996 – Βόλος	2 ^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτών Νεφρολογίας
1998 – Ιωάννινα	3 ^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτών Νεφρολογίας
2000 – Πάτρα	4 ^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτών Νεφρολογίας
2002 – Κως	5 ^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτών Νεφρολογίας
2004 – Χαλκιδική	6 ^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτών Νεφρολογίας
2006 – Αλεξανδρούπολη	7 ^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτών Νεφρολογίας
2008 – Πόρτο Χέλι	8 ^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτών Νεφρολογίας
2010 – Σκιάθος	9 ^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτών Νεφρολογίας

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΗΜΕΡΙΔΕΣ

1990	1 ^η Πανελλήνια Νοσηλευτική Ημερίδα “Χρόνια Αιμοκάθαρση – Παρόν & Μέλλον”
1991	2 ^η Πανελλήνια Νοσηλευτική Ημερίδα “Τρίτη Ηλικία & Εξωνεφρική Κάθαρση”
1992	3 ^η Πανελλήνια Νοσηλευτική Ημερίδα “Σύγχρονη Τεχνολογία & Νοσηλευτική”
1993	4 ^η Πανελλήνια Νοσηλευτική Ημερίδα “Ιογενείς Λοιμώξεις στις Νεφρολογικές Μονάδες & στις Μονάδες Μεταμόσχευσης (Εξελίξεις, Πρόληψη & Αντιμετώπιση του προβλήματος)”
1994	5 ^η Πανελλήνια Νοσηλευτική Ημερίδα “Το ολιστικό μοντέλο της νοσηλευτικής φροντίδας συντελεστής ποιότητας ζωής νεφροπαθών ασθενών”
1995	6 ^η Πανελλήνια Νοσηλευτική Ημερίδα “Αντιμετώπιση του ασθενούς με Νεφρική Ανεπάρκεια πριν την ένταξή τους σε Εξωνεφρική Κάθαρση”
1996	7 ^η Πανελλήνια Νοσηλευτική Ημερίδα “Κλινικά πρότυπα για την άσκηση της Νεφρολογικής Νοσηλευτικής”
1997	8 ^η Πανελλήνια Νοσηλευτική Ημερίδα “Μεταβατικό πρόγραμμα σπουδών στη Νεφρολογική Νοσηλευτική”
1998	9 ^η Πανελλήνια Νοσηλευτική Ημερίδα “Οργάνωση & προώθηση των μεταμοσχεύσεων”



1999	10 ^η Πανελλήνια Νοσηλευτική Ημερίδα “Ειδικά προβλήματα του παιδιού με ΧΝΑ. Ιογενής Λοιμώξεις στον ασθενή με Νεφρολογική Νόσο”
2000	11 ^η Πανελλήνια Νοσηλευτική Ημερίδα “Το ανθρώπινο δικαίωμα στην υγεία”
2001	12 ^η Πανελλήνια Νοσηλευτική Ημερίδα “Επάρκεια εξωνεφρικής κάθαρσης. Συστήματα επεξεργασίας νερού για την Παρασκευή του διαλύματος της ΑΚ”
2002	13 ^η Πανελλήνια Νοσηλευτική Ημερίδα “Νοσηλευτικής παρέμβαση στη διαβητική νεφροπάθεια”
2003	14 ^η Πανελλήνια Νοσηλευτική Ημερίδα “Προβληματισμοί στην άσκηση της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής”
2004	15 ^η Πανελλήνια Νοσηλευτική Ημερίδα “Φυσικοχημικές αρχές αιμοκάθαρσης”
2005	16 ^η Πανελλήνια Νοσηλευτική Ημερίδα “Λοιμώξεις στην εξωνεφρική κάθαρση”
2006	17 ^η Πανελλήνια Νοσηλευτική Ημερίδα “Νεφρολογικός Ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη”
2007	18 ^η Πανελλήνια Νοσηλευτική Ημερίδα “Νεφρική οστεοδυστροφία διαταραχές Ca-P”
2008	19 ^η Πανελλήνια Νοσηλευτική Ημερίδα “Η αναιμία στη χρόνια νεφρική νόσο και η αντιμετώπιση της”
2009	20 ^η Πανελλήνια Νοσηλευτική Ημερίδα “Η Πρόληψη στη Χρόνια Νεφρική Νόσο”
2010	21 ^η Πανελλήνια Νοσηλευτική Ημερίδα “Νεώτερα Δεδομένα στη Μεταμόσχευση Νεφρού”

ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ

2001 – Κρήτη	1 ^η Διαμερισματική Επιμόρφωση
2002 – Θεσσαλονίκη	2 ^η Διαμερισματική Επιμόρφωση
2003 – Έδεσσα	3 ^η Διαμερισματική Επιμόρφωση
2005 – Λάρισα	4 ^η Διαμερισματική Επιμόρφωση
2006 – Καστοριά	5 ^η Διαμερισματική Επιμόρφωση
2007 – Αγρίνιο	6 ^η Διαμερισματική Επιμόρφωση
2008 – Πτολιμαΐδα	7 ^η Διαμερισματική Επιμόρφωση
2009 – Ξάνθη	8 ^η Διαμερισματική Επιμόρφωση





ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ & ΠΑΡΑΛΛΑΓΕΣ (HD, HF, HDF)

- ΦΙΛΤΡΑ & ΓΡΑΜΜΕΣ
- ΦΥΣΙΓΓΕΣ ΔΙΤΤΑΝΘΡΑΚΙΚΩΝ
- ΣΕΤ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ (ON-OFF DIALYSIS KIT)

ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (CAPD, APD)

- ΔΙΑΛΥΜΑΤΑ (PHYSIONEAL, DIANEAL)
- ΕΙΔΙΚΑ ΔΙΑΛΥΜΑΤΑ (NUTRINEAL, EXTRANEAL (Icodextrine))
- ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΑ
- ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ APD (Home choice - PRO)

ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ

- ΒΕΛΟΝΕΣ FISTULA
- ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ ΥΠΟΚΛΕΙΔΩΙΟΙ, ΣΦΑΓΓΙΔΙΚΟΙ, ΜΗΡΙΑΙΟΙ
- ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΣΗΜΕΙΟΥ ΕΞΟΔΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΑ
- ΣΕΤ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΜΟΝΑΔΩΝ Τ.Ν.

- ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ Τ.Ν.
- ΠΟΛΥΘΡΟΝΕΣ Τ.Ν.
- ΚΡΕΒΒΑΤΙΑ Τ.Ν.
- ΤΡΑΠΕΖΙΔΙΑ Τ.Ν.
- ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΗΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ (MEDRONIC)
- ΖΥΓΟΙ ΙΑΤΡΙΚΟΙ

ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΜΟΝΑΔΩΝ Τ.Ν.

- SERVICE
- ΑΝΤΑΛΛΑΚΤΙΚΑ

ΜΕΛΕΤΗ, ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ & ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΜΟΝΑΔΩΝ Τ.Ν.

ΛΟΙΠΟΙ ΤΟΜΕΙΣ:

**ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ, ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ, ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ, ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟΣ
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ, ΑΝΑΛΩΣΙΜΟΥ ΥΓ. ΥΛΙΚΟΥ, ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΩΝ
& ΣΥΣΚΕΥΩΝ, ΚΑΛΥΝΤΙΚΩΝ**



Baxter

POLLAK LTD.

BIONIC

DAE

Edwards Lifesciences

Synovis
Surgical Innovations

Medtronic

CALDERA MEDICAL

Trimedyne

Edpa Emma
Epidemiology & Public Health

ADE
Medical Scales & Measuring Equipment

INVAtec
Invasive Technology

Dermagenics
A SPYRIS MEDICAL CO.

J&J Medical

Alteco Medical

diophar
ΑΕ

Αθήνα: Λ. Κηφισίας 368, Χαλάνδρι 152 33, Τηλ: 210.6877.000, Fax: 210.6849.058, E-mail: info@diophar.gr
Θεσσαλονίκη: 25ης Μαρτίου 92, Θεσσαλονίκη 542 49, Τηλ: 2310.325.761, 2310.574.650, Fax: 2310.574.652

Επίσημο μέλος της
ΕΕΕΕ

Περύληψη των χαρακτηριστικών του προϊόντος INNOHEP INJECTION. **Όνομασία ιδιοσκευάσματος:** Innohep. **Παιδιατρική και ποσοτική σύνθεση:** Tinzaparin Sodium. Προφύλαξη: 10.000 Anti-Xa IU/ml. Θεραπεία: 20.000 Anti-Xa IU/ml. **Φαρμακοτεχνική μορφή:** Υγρό προς έγχυση. **Αντενδείξεις:** Γενική ή τοπική τάση για αιμορραγία. Σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια. Ουραμία. Θαρύα υπέρταση. Οξεία εγκεφαλικά επεισόδια. Σπληνική ενδοκαρδίτιδα. **Ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Το Innohep πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς με ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια, ανεξέλεγκτη υπέρταση και πεπτικό έλκος. Προσοχή στη θεραπεία των ηλικιωμένων. Το Innohep δεν πρέπει να χορηγείται με ενδομυϊκή ένεση. Επειδή οι ηπαρικές χαμηλού μοριακού βάρους εμφανίζουν μεταξύ τους διαφορές ως προς τον τρόπο παρασκευής τους, το μοριακό βάρος και την έκφραση της δραστηρότητάς τους, επισμαίνονται ότι για αποφυγή λαθών κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής δεν θα πρέπει να γίνεται αλλαγή από ιδιοσκευάσμα της μιας εταιρείας σε ιδιοσκευάσμα της άλλης. Απαγορεύεται η χορήγηση του φαρμάκου σε νεογνά. Το Innohep σε φυλάκιο δεν πρέπει να χορηγείται κατά τα δύο πρώτα έτη της ζωής, διότι περιέχει ως δραστικό συντηρητικό Βενζυλική αλκοόλη. **Αντεπιδόμητες ενέργειες:** Αλωπεκία. Θρομβοκυτοπενία. Κνίδωση. Αναφαλοεία. Κνησμός. Μια παροδική αύξηση των τρανσαμινασών. Επειδή το φάρμακο περιέχει Sodium Metabisulfite, υπάρχει η πιθανότητα ανασφαλιστικής αντίδρασης και βροχόσπασμου σε άτομα με ευαισθησία στα θειώδη. **Ιδιαίτερες προφυλάξεις για την διατήρηση του προϊόντος:** Να διατηρείται σε θερμοκρασία δωματίου. **Οδηγίες χρήσεως:** Καμία. **Συσκευασία:** Προφύλαξη: 1. Κουτί με δύο συριγγιοφόρους των 3.500 Anti-Xa IU/0.35ml. 2. Κουτί με δύο συριγγιοφόρους των 4.500 Anti-Xa IU/0.45ml. 3. Κουτί των 10 Φιαλιδίων των 20.000 Anti-Xa IU/2ml. Θεραπεία: 1. Κουτί με δύο συριγγιοφόρους των 10.000 Anti-Xa IU/0.5ml. 2. Κουτί με δύο συριγγιοφόρους των 14.000 Anti-Xa IU/0.7ml. 3. Κουτί με δύο συριγγιοφόρους των 18.000 Anti-Xa IU/0.9ml. 4. Φιαλίδιο των 40.000 Anti-Xa IU/2ml. **Επωνυμία, δικαιοσχη σηματο:** ΛΕΟ Φαρμακευτικά Προϊόντα Ελλάς ΕΠΕ Β. Γεωργίου 30 και Μικράς Ασίας 152 33 Χαλάνδρι. **Τηλέφωνο Κέντρου Δηλητηριάσεως:** 2107793777.



αξία
ζωής*

*ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

- Ευκολία και ευελιξία με το χαμηλότερο κόστος
- Ευνοϊκό προφίλ ασφάλειας σε σχέση με την UFH και άλλες MMBH
- Δυνατότητα υψηλής αντιθρομβωτικής δράσης
- Πλεονεκτήματα στην Περιτοναϊκή κάθαρση
- Σημαντική βελτίωση των Λιπιδαιμικών Παραμέτρων

MMBH: Μικρού Μοριακού Βάρους Ηπαρίνη
UFH: Μη Κλασματοποιημένη Ηπαρίνη



LEO Pharmaceutical Products Hellas Ltd.
Βασιλείας Γεωργίου 30 & Μικράς Ασίας, 152 33-Χαλάνδρι, Τηλ. 210 6834 322, fax. 210 6834 342
Γραφείο Βορείου Ελλάδος:
Υμηττού 5, 544 53-Θεσσαλονίκη, Τηλ. 2310 989221, Fax. 2310 989236, <http://www.leo.gr>

innohep®
tinzaparin sodium

**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

Επίτιμοι Πρόεδροι: *A. Ζαπραΐδου - I. Θάνου*

Πρόεδρος: *Π. Τσούγια*

Αντιπρόεδρος: *A. Χαρδαλιάς*

Γεν. Γραμματέας: *B. Λαγκάζαλη*

Ταμίας: *M. Ελευθερούδη*

Μέλος: *Π. Τσίτσης*

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ 9^{ΟΥ} Π.Σ.Ν.Ν.

Πρόεδρος: *Π. Τσούγια*

Γραμματέας: *B. Λαγκάζαλη*

Μέλη

I. Αντωνοπούλου

K. Αρχοντάκη

Δ. Γκέντζης

M. Ελευθερούδη

Z. Θεοδοσάκη

O. Ιωαννίδου

M. Καλομοίρη

M. Καραμάνη

Π. Καραμπατάκης

M. Κηπουροπούλου

E. Κοσπάτη

P. Λάζαρη

M. Λιάγκα

A. Λιοσάτου

B. Μαρινοπούλου

A. Νικολακοπούλου

A. Νουνέλη

I. Νταβασίλης

M. Παλατζίδου

A. Πανταζή

Γ. Παπαδόπουλος

A. Παπασημακοπούλου

M. Ράλλη

A. Ρέζου

Π. Τσίτσης

A. Χαρδαλιάς

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Α. Λάσκαρη

Μέλη

Σ. Αραμπατζή	Μ. Κωστενίδου
Π. Γιαννούλα	Β. Λαγκάζαλη
Ο. Δελημάρκου	Β. Μάτζιου
Μ. Ελευθερούδη	Κ. Μητροπούλου
Α. Ζαπραΐδου	Μ. Ντούλα
Σ. Ζυγά	Μ. Οικονόμου
Ι. Θάνου	Χ. Παναγιώτου
Α. Καραγιάννη	Δ. Παπαγεωργίου
Θ. Καυκιά	Α. Παπασημακοπούλου
Μ. Κουράκος	Π. Τσούγια
Ε. Κύρογλου	Α. Χαρδαλιάς

ΤΟΠΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Δ. Γελαγώτα

Μέλη

Γ. Δανιά
Α. Θεοδωρακοπούλου
Α. Καρβούνη
Μ. Κολούσιο
Β. Μαγγίνα
Β. Μιχαηλίδης
Γ. Μπακογιάννη
Ν. Ουσταμπασίδου
Β. Παπαγεωργίου
Ε. Παπακυρίτση
Τ. Σδρόλιας
Ο. Στεφανίδου
Ε. Σούρλα
Β. Σωτηριάδου
Α. Τσαντίλη
Ε. Χαμπέρη
Α. Χασιώτη

EDTNA/ERCA

Πρόεδρος: Α. Λάσκαρη

**Εκπρόσωποι Ε.Ν.Ε.Ν.
στην EDTNA/ERCA**

Key Member: Μ. Ελευθερούδη

Journal Co-editor: Ε. Παναγιωτοπούλου

ERB Member: Θ. Καυκιά

C.K.D. Member: Α. Λιοσάτου

N.I Group: Λ. Πουλιά

Τομέας Εξωνεφρικής Κάθαρσης

ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

- Μηχανήματα Τεχνητού Νεφρού
- Μηχανήματα Συνεχούς Αιμοδιήθησης
- Αγγειακή Προσπέλαση
- Φίλτρα & Αναλώσιμα Τεχνητού Νεφρού
- Διαλύματα Υποκατάστασης

ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

- Διαλύματα CAPD-APD
- Μηχανήματα APD (Home Choice)
- Καθετήρες Περιτοναϊκής Κάθαρσης

Τομέας Ουρολογικός & Χειρουργικός

- Υδρόφιλοι Ουρολογικοί Καθετήρες Lofric
- Χειρουργικές Παροχετεύσεις & Αναρροφήσεις

Ορθοπαιδικός Τομέας

- Αρθροπλαστική Ισχίου
- Αρθροπλαστική Γόνατος
- Τραύμα
- Αναλώσιμα

ariti[®]
ariti[®]
ariti[®]
ariti[®]
ariti[®]
ariti[®]
ariti[®]
ariti[®]



Baxter



ARITI A.E.

ΑΘΗΝΑ: Λεωφ. Τατοίου 246, 13677 Αχαρνές Τηλ.: 210 8002650 Fax: 210 6207503

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: 5^ο κλμ. Ε.Ο. Θεσ/νίκης - Κατερίνης, 57009 Καλοχώρι Θεσ/νίκης Τηλ: 2310 688111-112 Fax: 2310 689388

www.ariti.gr - info@ariti.gr

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ Ε.Ν.Ε.Ν. ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Αγαπητοί Συνάδελφοι

Με ιδιαίτερη χαρά σας καλωσορίζουμε στο 9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτών Νεφρολογίας, που πραγματοποιείται, στο προικισμένο με ομορφιές και χάρες νησί των Σποράδων τη Σκιάθο, στο Ξενοδοχείο

Skiathos Palace, 27- 30 Μαΐου 2010

Η ΕΝΕΝ συνεχίζει με συνέπεια και αξιοπιστία, όραμα και ελπίδα, την πορεία της προς το μέλλον. Στηρίζεται σ' ένα λαμπρό και δημιουργικό παρελθόν, το οποίο σφυρηλατήθηκε και καταξιώθηκε με προσωπικούς αγώνες στην καθημερινή κληνική πράξη.

Τα τελευταία χρόνια, η είσοδος του Διαδικτύου στη ζωή μας έχει συμβάλει στην εύκολη διακίνηση της πληροφορίας και της επιστημονικής γνώσης. Παρ' όλη αυτά η εφαρμογή της στην καθημερινή πράξη δεν είναι πάντοτε εφικτή, αφού σε πολλές περιπτώσεις, πρέπει να αναθεωρηθούν κλασικές γνώσεις και πρακτικές.

Σκοπός της Επιστημονικής μας συνάντησης είναι, να φωτίσει πτυχές, συγκεράζοντας τη θεωρία με την πράξη, να μεταφέρει τη διαδικτυακή γνώση ταυτόχρονα με εκείνη των εγχειριδίων στο σύγχρονο Νοσηλευτή και να αναδείξει νέους ρόλους, που οι Νοσηλευτές θα διαδραματίσουν στο Σύστημα Υγείας, στον αδιάκοπο αγώνα για τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας.

Η επιστημονική και οργανωτική επιτροπή του συνεδρίου, φιλοδοξεί με τα πολυθεματικά στρογγυλά τραπέζια, διαλέξεις, ερευνητικές μελέτες και κλινικά φροντιστήρια, να καθύψει τις ορθόενα αυξανόμενες ανάγκες των Νοσηλευτών Νεφρολογίας. Η εμπειρία θα ακολουθήσει τη γνώση και οι προσωπικές ερωτήσεις θα απαντηθούν μέσα από πλούσια βιβλιογραφία.

Αγαπητοί Συνάδερφοι σας προσκαλούμε, στο νησί όπου ο αέρας του κοσμοπολίτικου συναντά την παράδοση, όπου ο προσεκτικός επισκέπτης αφουγκράζεται ακόμη τα βήματα του Παπαδιαμάντη στα στενά του σοκάκια, σ' ένα συναπάντημα γνώσης, δημιουργίας και κοινής πορείας.

Με εκτίμηση

Π. Τσούγια

Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής





...φροντίζοντας μαζί

New Homepage for EDTNA/ERCA:

www.edtna-erca.org

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ EDTNA/ERCA



Αγαπητοί φίλοι και συνεργάτες,

Είναι μεγάλη μου ευχαρίστηση και τιμή, ως Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Νοσηλευτών Αιμοκάθαρσης & Μεταμόσχευσης / Ευρωπαϊκής Εταιρείας Νεφρολογικής Φροντίδας (EDTNA/ERCA), να απευθύνω χαιρετισμό στους συνέδρους του 9ου Πανελληνίου Συνεδρίου Νοσηλευτών Νεφρολογίας.

Ο κύριος Σκοπός της EDTNA/ERCA είναι να αποτελέσει την αναγνωρισμένη Διεπιστημονική Ένωση Νεφρολογικής Φροντίδας διεθνώς.

Οι Στόχοι της EDTNA/ERCA είναι η Ποιοτική παροχή Νοσηλευτικής φροντίδας, η Εφαρμογή προτύπων, η Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση, η εκπόνηση Ερευνητικών προγραμμάτων, η Διεπιστημονική συνεργασία και οι Διεθνείς συνεργασίες με φορείς.

Η EDTNA/ERCA & η ENEN έχουν αναπτύξει εποικοδομητική συνεργασία στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης με κοινό σκοπό την παροχή ποιοτικής φροντίδας και την συνεχιζόμενη αναβάθμιση του ρόλου του Νοσηλευτή Νεφρολογίας. Η εγγραφή μελών στην EDTNA/ERCA, ενδυναμώνει και τη θέση της Ελλάδας στα ευρωπαϊκά επιστημονικά δρώμενα και στηρίζει τις σχέσεις των δύο επιστημονικών ενώσεων για την εφαρμογή των προτύπων.

Με την ευκαιρία του χαιρετισμού, έχω τη χαρά να σας προσκαλέσω στο 39^ο Διεθνές Συνέδριο της EDTNA/ERCA που θα πραγματοποιηθεί στο Δουβλίνο της Ιρλανδίας στις 18 – 21 Σεπτεμβρίου 2010. Στο Συνέδριο θα παρακολουθήσετε ενδιαφέρουσες επιστημονικές και εταιρικές διαλέξεις, έκθεση με τις τελευταίες τεχνολογικές εξελίξεις, προφορικές παρουσιάσεις, αναρτημένες ανακοινώσεις, workshop και την ευκαιρία ενός workshop στα ελληνικά αποκλειστικότητα για τους έλληνες συνέδρους στα πλαίσια της άριστης συνεργασίας των δύο ενώσεων.

Εύχομαι καλή επιτυχία στις εργασίες του Συνεδρίου.

*Θερμούς Χαιρετισμούς
Αναστασία Λάσκαρη
Πρόεδρος της EDTNA/ERCA*



ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Τόπος Συνεδρίου	Οι εργασίες του 9 ^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου των Νοσηλευτών Νεφρολογίας από 27-30 Μαΐου 2010 και θα λαμβάνουν χώρα στο Ξενοδοχείο Skiathos Palace, ΣΚΙΑΘΟΣ.
Γραμματεία:	Η γραμματεία θα λειτουργεί στο συνεδριακό χώρο.
Συμμετοχή στο Συνέδριο	Η συμμετοχή στο Συνέδριο περιλαμβάνει: <ul style="list-style-type: none">• την παρακολούθηση των εργασιών του Συνεδρίου• την τσάντα του Συνεδρίου με το έντυπο υλικό• τον τόμο των περιλήψεων• το πιστοποιητικό συμμετοχής• τους καφέδες και τα δύο γεύματα• τη συμμετοχή στις κοινωνικές εκδηλώσεις (δεξίωση υποδοχής, επίσημο δείπνο).
Διακριτικό Σήμα	Για την παρακολούθηση των εργασιών του συνεδρίου θα πρέπει οι σύεδροι να φέρουν απαραίτητως διακριτικό σήμα (κονκάρδα).
Παράδοση Εργασιών	Η εργασία σας ολοκληρωμένη πρέπει να κατατεθεί στη Γραμματεία του Συνεδρίου <ol style="list-style-type: none">1. Γραμμένη σε CD2. Τυπωμένη σε χαρτί μεγέθους A43. Με πλήρη στοιχεία των συγγραφέων (ονοματεπώνυμο, τίτλος, κέντρο προέλευσης).



ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Διαφάνειες
Χρονική
Διάρκεια
Παρουσιάσεων

- Ο έλεγχος και η παράδοση των διαφανειών θα γίνονται στο αρμόδιο γραφείο μια ώρα πριν την έναρξη της ομιλίας.
- Ο χρόνος παρουσίασης των διαηδέξεων, εισηγήσεων και ελεύθερων ανακοινώσεων θα πρέπει να τηρηθεί αυστηρά. Για τις ελεύθερες ανακοινώσεις ο χρόνος είναι 8 λεπτά. Αναφορικά με τα poster η ανάρτηση θα γίνει σε προκαθορισμένο χώρο και η προφορική παρουσιάσή τους στην αίθουσα συνεδριάσεων θα έχει διάρκεια 3 λεπτά.

Βράβευση
Εργασιών

Απονομή βραβείων

Ξενοδοχείο

Τα ξενοδοχεία για τη διαμονή των συνέδρων είναι:
SKIATHOS PALACE, ATRIUM & PLAZA HOTEL,
KANAPITSA MARE, KANAPITSA CAPE, SKIATHOS PRINCESS,
SKIATHOS CLUB, MAGIC HOTEL.

Περισσότερες
Πληροφορίες

ΚΕΓΜ Συνεδριακές και Τουριστικές Επιχειρήσεις Α.Ε.
Congress World - Μ. Παπαναγιώτου
Μιχαηλακοπούλου 27
115 28 ΑΘΗΝΑ
Τηλ.: 210-7210001, 210 - 7210052, Fax: 210-7210051
E-mail: 9enen@congressworld.gr



ΟΜΟΡΦΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟ ΟΔΟΙΠΟΡΙΚΟ

Στην πιο γραφική γειτονιά του χωριού, τις Πλάκες θα δείτε το σπίτι στο οποίο έζησε και μεγαλούργησε ο Αλέξανδρος Παπαδιαμάντης.

Το 1965 χαρακτηρίστηκε από το Υπουργείο Πολιτισμού ως ιστορικό διατηρητέο μνημείο που χρειάζεται ειδική κρατική προστασία. Το 1990 πραγματοποιήθηκαν εργασίες επισκευής και στερέωσης του κτιρίου. Σήμερα, ο όροφος του σπιτιού διατηρείται ως η κατοικία του Παπαδιαμάντη με αυθεντικά έπιπλα και αντικείμενα της εποχής, ενώ το ισόγειο λειτουργεί ως εκθεσιακός χώρος παλαιών και νέων εκδόσεων του Παπαδιαμάντη.



Το σπίτι βρίσκεται σε μια πλατεία στο κέντρο της μικρής πόλης της Σκιάθου, λίγα μέτρα απόσταση από το λιμάνι. Αποτελεί αντιπροσωπευτικό δείγμα σκιαθίτικης λαϊκής αρχιτεκτονικής, από τα ελάχιστα που διατηρούνται μέχρι σήμερα χωρίς μεταγενέστερες αλλοιώσεις και αλλαγές.

Αξιομνημόνευτο είναι πως εκτός από τον «Κοσμοκαλόγερο» Αλέξανδρο Παπαδιαμάντη, το νησί είναι περήφανο και για άλλα παιδιά του που διέπρεψαν στην εκπαίδευση και λογοτεχνία όπως οι κ.κ. Αλέξανδρος Μωραϊτίδης, Γεώργιος Ρήγας, Επιφάνειος-Στέφανος Δημητριάδης και Διονύσιος Επιφάνειος.



Ταιριάζει καλύτερα...



DIALYSIS LIVING

Βελτιστοποιεί την αποδοτικότητα της περιτοναϊκής κάθαρσης, εξατομικεύοντας την θεραπεία του ασθενή

- Απλό και φιλικό στην χρήση
- Αξιόπιστο και ασφαλές
- Οθόνη αφής
- Εύκολο στη μεταφορά
- Αθόρυβο, με ελάχιστους ηχητικούς συναγεργμούς

...Serena της GAMBRO.



MEDICAL PRODUCTS LTD

Γ. Γεννηματά 54, Άνω Γλυφάδα, τηλ: 210 9647500, fax: 210 9650500, email: info@mediprod.gr

**ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**

ΠΕΜΠΤΗ 27 ΜΑΪΟΥ 2010

17.00	Εγγραφές
19.30 - 20.30	Τελετή έναρξης Προεδρείο: <i>Παναγιώτα Τσούγια</i> Προσφωνήσεις - Χαιρετισμοί Κήρυξη Έναρξης Εργασιών Συνεδρίου <i>Νικόλαος Πλωμαρίτης</i> Δήμαρχος Σκιάθου
20.30 - 21.00	Προεδρείο: <i>Παναγιώτα Τσούγια</i> ΔΙΑΛΕΞΗ: «Μικρόβια εναντίον Ανθρώπου» Εισηγητής: <i>Καθηγητής κ. Γεώργιος Μπαητόπουλος</i>
21.00	ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΟΙ ΧΟΡΟΙ ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 28 ΜΑΪΟΥ 2010

ΠΑΡΑΛΛΗΛΗ ΑΙΘΟΥΣΑ Β΄

08.00 - 15.00	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ (Workshop) (Περιορισμένος αριθμός συμμετεχόντων) Θέμα: «Σύγκρουση – Επίλυση κρίσεων - Συμβουλευτική» Συντονίστρια: <i>Μαρία Μαράκη</i>
---------------	---



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 28 ΜΑΪΟΥ 2010

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

08.15 - 09.45

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Α1 Ομάδα) (Εργασίες 1 – 6)
Προεδρείο: Άννα Καραγιάννη, Νίκη Ουσταμπασίδου
ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Α2 Ομάδα) (Εργασίες 7 – 10)
Προεδρείο: Δημήτριος Γκέντζης, Ελένη Κοσπάτη

09.45 - 11.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ
Προεδρείο: Ανδρέας Χαρδαλιάς, Μαριάννα Ελευθερούδη
Θέμα: «Νεότερα δεδομένα στην εφαρμογή της Περιτοναϊκής Κάθαρσης (ΠΚ)»
Εισηγητές: Νεότερα δεδομένα στην εφαρμογή της περιτοναϊκής κάθαρσης ως θεραπεία επιλογής της ΧΝΝ
Ανδρέας Χαρδαλιάς
Ενδείξεις και αντενδείξεις ένταξης ασθενούς σε ΠΚ
Μαρία Βήασακάκη
Ενημέρωση και εκπαίδευση ασθενή και οικογένειας
Λουήλουδιά Μορφακίδου
Η εφαρμογή περιτοναϊκής κάθαρσης σε παιδιατρικό Ασθενή. Προβλήματα - Ιδιαιτερότητες
Διαμάντω Χασκή

11.00 - 11.30

ΔΙΑΛΕΞΗ
Προεδρείο: Βασιλική Λαγκάζαλη
Θέμα: «Η μνήμη του Πύρου»
Εισηγήτριες: Γεωργία Μπάρθα, Χαραλαμπία Μάργαρη

11.30 - 12.00

Διάλειμμα

12.00 - 12.30

ΔΙΑΛΕΞΗ
Προεδρείο: Μαρία Γκίκα
Θέμα: «Η ζωή και το έργο του Αλέξανδρου Παπαδιαμάντη»
Εισηγήτρια: Μαθαμώ Σταμέλλου



ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 28 ΜΑΪΟΥ 2010

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

12.30 - 13.00

ΕΤΑΙΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ (ΔΙΟΡΗΑΡ Α.Ε.)
Προεδρείο: *Παναγιώτα Τσούγια, Βασιλική Λαγκάζαλη*
Θέμα: «**Η θέση της περιτοναϊκής κάθαρσης στην αντιμετώπιση του τελικού σταδίου Χρόνιας Νεφρικής Νόσου (Τ.Σ.Χ.Ν.Ν.)**»
Εισηγητής: *Αιμίλιος Ανδρίκος*

13.00 – 13.15

ΕΤΑΙΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ (ΒΙΟΚΟΝ Ε.Π.Ε.)
Προεδρείο: *Παναγιώτα Τσούγια, Ανδρέας Χαρδαλιάς*
Θέμα: «**Νεότερα δεδομένα στην πρόληψη των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων:**
1) των κεντρικών καθετήρων αιμοκάθαρσης
2) των χώρων της εξωνεφρικής κάθαρσης»
Εισηγητής: *Δημήτριος Κοντοβράκης*

13.15 – 13.45

ΕΤΑΙΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ (GENZYME ΕΛΛΑΣ Ε.Π.Ε.)
Προεδρείο: *Βασιλική Λαγκάζαλη, Μαριάννα Εñευθερούδη*
Θέμα: «**Στοχεύοντας στη βελτίωση της αντιμετώπισης της Νεφρικής Οστικής Νόσου: Νεότερες εξελίξεις στη θεραπεία της Υπερφωσφαταιμίας**»
Εισηγητής: *Γεώργιος Σταυγιανουδάκης*

13.45 – 15.30

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Β1 Ομάδα) (Εργασίες 11 – 15)
Προεδρείο: *Μαρία Καθομοίρη, Πέτρος Τσίτσος*
ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Β2 Ομάδα) (Εργασίες 16 – 21)
Προεδρείο: *Μαργαρίτα Οικονόμου, Αθανασία Ρέζου*

15.30 – 16.00

ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ

16.00 – 16.30

ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ – ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΙΚΩΝ ΕΚΠΡΟΣΩΠΩΝ ΜΕ ΤΟ Δ.Σ. ΤΗΣ ΕΝΕΝ

16.30

ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΧΡΟΝΟΣ



ΣΑΒΒΑΤΟ 29 ΜΑΪΟΥ 2010

08.30 - 10.30

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Γ1 Ομάδα) (Εργασίες 22 – 27)
Προεδρείο: *Σπυριδούλα Καρατζίνη, Ιωάννης Νταβασίλης*
ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Γ2 Ομάδα) (Εργασίες 28 – 32)
Προεδρείο: *Μαρία Ράλλη, Δήμητρα Γελαγώτα*

10.30 - 11.00

ΔΙΑΛΕΞΗ
Προεδρείο: *Παναγιώτα Τσούγια*
Θέμα: «**Οικολογία και Αιμοκάθαρση**»
Εισηγήτης: *Κωνσταντίνος Φουρτούνας*

11.00 - 11.30

Διάλειμμα

11.30 - 13.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ
Προεδρείο: *Μιχάλης Κουράκος, Σοφία Ζυγά*
Θέμα: «**Η Ψυχονεφρολογία: μία αναγκαιότητα στη φροντίδα των ασθενών με Χρόνια Νεφρική Νόσο**»
Εισηγητές: **Πηλαίο, Οργάνωση και Λειτουργία μιας Μονάδας Ψυχονεφρολογίας**
Δημήτριος Δαμίγος
Είναι ενημερωμένος ο ασθενής για την ένταξή του στη μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας;
Σοφία Αραμπατζή
Συνεχιζόμενη φροντίδα και ψυχολογική στήριξη στη ΧΝΝ: κλινικά οφέλη για τον ασθενή, την οικογένεια και τη θεραπευτική ομάδα
Μαργαρίτα Οικονόμου
Μία συζήτηση του ασθενούς με το νοσηλευτή
Τρύφωνα Παπαδόπουλος, Μαριάννα Ελευθερούδη



ΣΑΒΒΑΤΟ 29 ΜΑΪΟΥ 2010

13.00 - 14.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Προεδρείο: *Ιωάννα Θάνου, Βασιλική Λαγκάζαλη*

Θέμα: «Συστηματική προσέγγιση της Ηγεσίας»

Εισηγητές: Η ανάγκη δημιουργίας ενός επιτυχημένου μοντέλου Νοσηλευτικού Τμήματος
Σταυρούλα Γερογιάννη

Τι κάνει τους Νοσηλευτές να δίνουν τον καλύτερό τους εαυτό, στην άσκηση των καθηκόντων τους
Πανωρέα Ράμμου

Διαδικασία αποτελεσματικής υλοποίησης αλλαγών
Καλλιόπη Παναγιωτοπούλου

Ο Ηγέτης ως κινητήριο δύναμη για την επίτευξη της διαρκούς επιτυχίας
Παναγιώτα Τσούγια

14.30 - 16.00

ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ

16.00 - 17.00

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (Poster)
(Εργασίες 1 – 6)

Προεδρείο: *Ρένα Λάζαρη, Μαρίνα Καραμάνη*

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (Poster)
(Εργασίες 7 – 12)

Προεδρείο: *Αφροδίτη Νουνέλη, Μαρία Κηπουροπούλου*

17.00 - 18.30

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Δ1 Ομάδα) (Εργασίες 33 – 37)

Προεδρείο: *Κυριακή Σχοινά, Γεώργιος Παπαδόπουλος*

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Δ2 Ομάδα) (Εργασίες 38 – 42)

Προεδρείο: *Αργυρώ Πανταζή, Βασιλική Κομπόλια*



ΣΑΒΒΑΤΟ 29 ΜΑΪΟΥ 2010

18.30 - 20.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Προεδρείο: *Θεοδώρα Καυκιά, Παναγιώτης Καραμπατάκης*

Θέμα: «Παράγοντες που συμβάλλουν στην ποιοτική Αιμοκάθαρση»

Εισηγητές: Παράμετροι που συμβάλλουν στην ποιοτική Αιμοκάθαρση

Βασιλική Μαρινοπούλου

Η αγγειακή προσπέλαση

Λάμπρος Βαγιώτας

Σύγχρονη τεχνολογία και εφαρμογή νέων μεθόδων

Αιμοκάθαρσης

Θεόδωρος Ελευθεριάδης

Η συμβολή της δίαιτας στην ποιότητα ζωής των ασθενών υπό αιμοκάθαρση

Σοφία Σαββίδου

20.00 – 20.30

ΤΕΛΕΤΗ ΛΗΞΗΣ

Προεδρείο: *Παναγιώτα Τσούγια*

Διάλεξη: «Ούτε 'γω ήμωνα εκεί, ούτε 'σείς να το πιστέψετε»

Εισηγήτρια: *Ανθή Θάνου*

Μουσική: *Παναγιώτης Κούληλης*

20.30 - 21.00

ΑΠΟΝΟΜΗ ΒΡΑΒΕΙΟΥ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

21.00

ΕΠΙΣΗΜΟ ΔΕΙΠΝΟ

ΚΥΡΙΑΚΗ 30 ΜΑΪΟΥ 2010

ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΧΡΟΝΟΣ



**ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**

ΠΕΜΠΤΗ 27 ΜΑΪΟΥ 2010

17.00 Εγγραφές

19.30 - 20.30 Τελετή έναρξης
Προεδρείο: *Παναγιώτα Τσούγια*
Προσφωνήσεις - Χαιρετισμοί
Κήρυξη Έναρξης Εργασιών Συνεδρίου
Νικόλαος Πλωμαρίτης
Δήμαρχος Σκιάθου

20.30 - 21.00 Προεδρείο: *Παναγιώτα Τσούγια*
ΔΙΑΛΕΞΗ: «Μικρόβια εναντίον Ανθρώπου»
Εισηγητής: *Καθηγητής κ. Γεώργιος Μπαητόπουλος*

21.00 ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΟΙ ΧΟΡΟΙ
ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 28 ΜΑΪΟΥ 2010

08.00 - 15.00 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ (Workshop)
(Περιορισμένος αριθμός συμμετεχόντων)
Θέμα: «Σύγκρουση – Επίλυση κρίσεων - Συμβουλευτική»
Συντονίστρια: *Μαρία Μαράκη*



08.15 - 09.45 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Α1 Ομάδα) (Εργασίες 1 – 6)

Προεδρείο: Άννα Καραγιάννη, Νίκη Ουσταμπασίδου

- 1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΦΩΣΦΟΡΟΔΕΣΜΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΥΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**
Β. Παπαγεωργίου, Γ. Μπακογιάννη, Π. Μαθινδρέτος, Γ. Κουτρούμπας, Χ. Συργκάνης
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, «Αχιλλοπούλειου» Νοσοκομείου Βόλου
- 2. Η ΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΔΕΣΜΕΥΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΦΩΣΦΟΡΟΥ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**
Π. Καραπαναγιώτου, Θ. Γιαραμαζίδου, Ε. Καθιογιαννίδου, Ε. Πασπαλίδου, Χ. Χασάν, Κ. Μαυροματίδης
Νεφρολογικό Τμήμα Κομοτηνής, Γ.Ν. Κομοτηνής
- 3. ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΓΡΙΠΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**
Ε. Τιτάκη, Ε. Παπαθανασίου, Κ. Χατζηδάφνη, Α. Τριανταφυλλίδου, Χ. Λεπενιώτη
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενική Κλινική «Ιπποκράτης» Πειραιά
- 4. ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗ: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΓΙΑ ΠΟΛΛΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**
Σ. Γερογιάννη¹, Μ. Παναγιώτου², Ε. Γράψα³
¹Νοσηλεύτρια ΤΕ, Μ.Τ.Ν, Π.Γ.Ν.Α «Αθελξάνδρα», ²Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη Μ.Τ.Ν, Π.Γ.Ν.Α «Αθελξάνδρα», ³Ιατρός, Διευθύντρια Μ.Τ.Ν, Π.Γ.Ν.Α «Αθελξάνδρα»
- 5. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΗΠΑΡΙΝΟ-ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΗΣ ΘΡΟΜΒΟΚΥΤΤΟΠΕΝΙΑΣ (HEPARIN INDUCED THROMBOCYTOPENIA, HIT) ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ**
Ε. Ιορδανοπούλου, Ε. Κοτζαμανίδου, Ε. Κύρογλου
Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης
- 6. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΔΑΡΒΕΠΟΕΤΙΝΗ-Α ΚΑΙ CERA**
Γ. Δανιά, Ο. Στεφανίδου, Γ. Μπακογιάννη, Π. Μαθινδρέτος, Χ. Συργκάνης
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, «Αχιλλοπούλειο» Γ.Ν. Βόλου



ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Α2 Ομάδα) (Εργασίες 7 – 10)

Προεδρείο: *Δημήτριος Γκέντζης, Ελένη Κοσπάτη*

- 7. ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΠΡΟΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΧΝΝ ΚΑΙ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**
Α. Κοροβέση¹, Α. Χαρδαλιάς², Π. Κράντου¹
¹Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν. Άργους, ²Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ρίο - Πάτρας
- 8. Η ΕΥΕΡΓΕΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΗΣΥΧΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΥΡΑΙΜΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΩΝ ΑΝΗΣΥΧΩΝ ΠΟΔΙΩΝ**
Ν. Ουσταμπασίδου, Χ. Γιαννάκης, Ε. Τσακνάκη, Ε. Ατματζίδης, Χ. Καρατζαφέρη, Γ. Σακκάς, Ι. Στεφανίδης
Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα
- 9. ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**
Μ. Γιοβαντζάκη, Μ. Μπογιατζάκη, Σ. Γρηγοριάδου, Δ. Μειμαρίδου, Π. Κουκούδης
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γ.Ν. Κιλκίς
- 10. Η ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ (Χ.Ν.Ν.)**
Β. Ραφτογιάννη, Κ. Νάσκαρη, Π. Αναστασίου, Ε. Τζεπαπαδάκη, Π. Βούζη, Ι. Ρουμπελάκη
Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα



- 09.45 - 11.00** **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Προεδρείο: *Ανδρέας Χαρδαηιάς, Μαριάννα Ελευθερούδη*
Θέμα: «Νεότερα δεδομένα στην εφαρμογή της Περιτοναϊκής Κάθαρσης (ΠΚ)»
Εισηγητές: Νεότερα δεδομένα στην εφαρμογή της περιτοναϊκής κάθαρσης ως θεραπεία επιλογής της ΧΝΝ
Ανδρέας Χαρδαηιάς
Ενδείξεις και αντενδείξεις ένταξης ασθενούς σε ΠΚ
Μαρία Βήασακάκη
Ενημέρωση και εκπαίδευση ασθενή και οικογένειας
Λουήλουδιά Μορφακίδου
Η εφαρμογή περιτοναϊκής κάθαρσης σε παιδιατρικό Ασθενή. Προβλήματα - Ιδιαιτερότητες
Διαμάντω Χασκή
- 11.00 - 11.30** **ΔΙΑΛΕΞΗ**
Προεδρείο: *Βασιλική Λαγκάζαλη*
Θέμα: «Η μνήμη του Πύρου»
Εισηγήτριες: *Γεωργία Μπάρθα, Χαραλαμπία Μάργαρη*
- 11.30 - 12.00** **Διάλειμμα**
- 12.00 - 12.30** **ΔΙΑΛΕΞΗ**
Προεδρείο: *Μαρία Γκίκα*
Θέμα : «Η Ζωή και το έργο του Αλέξανδρου Παπαδιαμάντη»
Εισηγήτρια: *Μαθαμώ Σταμέλλου*



- 12.30 - 13.00** **ΕΤΑΙΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ (ΔΙΟΡΗΑΡ Α.Ε.)**
Προεδρείο: *Παναγιώτα Τσούγια, Βασιλική Λαγκάζαλη*
Θέμα: «Η θέση της περιτοναϊκής κάθαρσης στην αντιμετώπιση του τελικού σταδίου Χρόνιας Νεφρικής Νόσου (Τ.Σ.Χ.Ν.Ν.)»
Εισηγητής: *Αιμίλιος Ανδρίκος*
- 13.00 – 13.15** **ΕΤΑΙΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ (ΒΙΟΚΟΝ Ε.Π.Ε.)**
Προεδρείο: *Παναγιώτα Τσούγια, Ανδρέας Χαρδαλιάς*
Θέμα: «Νεότερα δεδομένα στην πρόληψη των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων :
1) των κεντρικών καθετήρων αιμοκάθαρσης
2) των χώρων της εξωνεφρικής κάθαρσης»
Εισηγητής: *Δημήτριος Κοντοβράκης*
- 13.15 – 13.45** **ΕΤΑΙΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ (GENZYME ΕΛΛΑΣ Ε.Π.Ε.)**
Προεδρείο: *Βασιλική Λαγκάζαλη, Μαριάννα Ελευθερούδη*
Θέμα: «Στοχεύοντας στη βελτίωση της αντιμετώπισης της Νεφρικής Οστικής Νόσου: Νεότερες εξελίξεις στη θεραπεία της Υπερφωσφαταιμίας»
Εισηγητής: *Γεώργιος Σταυγιανουδάκης*
- 13.45 – 15.30** **ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Β1 Ομάδα) (Εργασίες 11 – 15)**
Προεδρείο: *Μαρία Καθομοίρη, Πέτρος Τσίτσας*
11. **ΜΠΟΡΕΙ Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ (ΑΜΡ 35% DEXTROSE) ΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΕΙ ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΝΑΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΕΩΝ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ;**
Β. Παπαγεωργίου, Δ. Καμενίδου, Κ. Καψάλη, Π. Χειλάκη, Ε. Τράμπα, Ε. Ασφή, Δ. Μιχαηλόπουλος, Α. Μπλέτα, Α. Νούσης
Γενική Κλινική Ιασώ General, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Χοληαργός, Αθήνα



12. **ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**
Μ. Ποθύχρου, Α. Ματέα
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Ποθύγυρος, Γ.Ν. Χαλκιδικής
13. **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**
Μ. Δεληγιάννη, Β. Καραμπέκου, Α. Παπανικολάου, Σ. Πουθικίδου
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, 2^ο Νοσοκομείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ «Παναγία», Θεσσαλονίκη
14. **ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΜΟΝΙΜΩΝ ΚΑΘΕΤΗΡΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΔΙΠΛΟΥ ΑΥΛΟΥ ΣΤΗΝ ΕΣΩ ΣΦΑΓΙΤΙΔΑ ΦΛΕΒΑ ΜΟΝΟ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΣΥΡΜΑΤΙΝΟΥ ΟΔΗΓΟΥ**
Μ. Καθιομοίρη, Α. Σαγξαρίδου, Ε. Καμπούρη, Σ. Φραγκίδης, Γ. Μπαμίχας
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου» Θεσσαλονίκης
15. **ΕΝΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (ΠΚ) ΜΕ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΛΛΑΓΩΝ**
Ε. Πάνου, Α. Μπέκα, Γ. Φώτη, Μ. Παητατζίδου
Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Β2 Ομάδα) (Εργασίες 16 – 21)

Προεδρείο: *Μαργαρίτα Οικονόμου, Αθανασία Ρέζου*

16. **ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ**
Ε. Κύρογλου, Ο. Σαρακατσιάνου, Μ. Εήλυθερούδη
Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκη
17. **ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΔΙΑΛΥΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ**
Ά. Μανάτου², Υ. Μεταξά¹, Δ. Κούθια¹, Μ. Σταμούλη¹, Κ. Πέτσιος³
¹Νοσηλεύτρια ΤΕ, ²Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, ³Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD, Παιδοκαρδιοχειρουργική ΜΕΘ, «Ωνάσειο» Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα
18. **ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΔΕΚΑ ΕΤΩΝ**
Α. Χασιώτη, Ε. Χαμπέρη, Β. Σωτηριάδου, Ε. Παπακυρίτση, Χ. Συργκάνης
Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, «Αχιλλοπούλειο» Γ.Ν.Ν. Βόλου



19. **Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΒΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΝΕΩΝ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΩΝ ΔΙΑΛΥΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΥΠΕΡΔΙΗΘΗΜΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΠΟΛΕΙΜΑΤΙΚΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (APD)**
Μ. Καθαϊτζή, Μ. Βήασακάκη, Ε. Μιητσακάκη, Σ. Χατζοπούλου, Φ. Νάκα, Σ. Μπεζιργιαννίδου, Β. Δεβετζής, Μ. Θεοδωρίδης, Β. Βαργεμέζης
Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης
20. **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΤΗΛΕΜΑΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ**
Μ. Βήασακάκη, Μ. Καθαϊτζή, Μ. Πείχαμπερν, Μ. Χριστοφορίδου, Ε. Κιητσίκη, Β. Κουβάτα, Α. Ρουμελιώτης, Μ. Θεοδωρίδης, Β. Βαργεμέζης
Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης
21. **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΝΕΟΓΝΟΥ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ MSUD, ΗΛΙΚΙΑΣ 2,5 ΜΗΝΩΝ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ 5 ΚG**
Κ. Νάσκαρη, Δ. Χασκή, Γ. Βόγγη, Π. Βούζη, Ι. Ρουμπειάκη
Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»

15.30 – 16.00 ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ

16.00 – 16.30 ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ – ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΙΚΩΝ ΕΚΠΡΟΣΩΠΩΝ ΜΕ ΤΟ Δ.Σ. ΤΗΣ ΕΝΕΝ

16.30 ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΧΡΟΝΟΣ



08.30 - 10.30 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Γ1 Ομάδα) (Εργασίες 22 – 27)

Προεδρείο: Σπυριδούλα Καρατζίνη, Ιωάννης Νταβασίτης

22. **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΣΤΗ ΜΕΘ ΜΕ ΧΑΜΗΛΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**
Α. Τζέρμπου, Μ. Τσέκλημα, Α. Γεωργίου, Α. Γιάγκου, Χ. Βηλαΐδου, Φ. Τασούλα, Α. Γιώτη
Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα» Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
23. **ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ (ΟΝΒ) ΣΤΙΣ ΜΕΘ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**
Μ. Τσέκλημα, Α. Τζέρμπου, Ε. Κέγκου, Ε. Τσιόδηκα, Δ. Θώμου, Χ. Σαββοργινάκη, Α. Γιώτη
Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα» Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
24. **ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΗ ΜΕΘ**
Ε. Γεωργιάδου, Ε. Κοσμίδου
Μ.Ε.Θ., Γ.Ν. «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκης
25. **ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**
Ε. Μουσθενιώτη, Ν. Νικηφορίδου, Δ. Μειμάρουλη
Τμήμα Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν. Καβάλας
26. **Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ**
Μ. Κουράκος¹, Θ. Καυκιά², Δ. Ζηνέλη³
¹Νοσηλεύτης MSc (c), Προϊστάμενος Μονάδας Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας, Αθήνα, ²Νοσηλεύτρια MSc, PhD (c), Προϊσταμένη Αναισθησιολογικού Τμήματος, 2ο Νοσοκομείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, Θεσσαλονίκη, ³Ιατρός, Παθολόγος, 2ο Πολιαιατρείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, Θεσσαλονίκη
27. **ΑΝΟΣΟΠΡΟΣΡΟΦΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΜΕ ΑΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑ ΟΜΑΔΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ**
Μ. Γεωργούλα¹, Γ. Παναγιωτοπούλου¹, Ο. Παπαγεωργίου¹, Μ. Ψιλοπούλου¹, Π. Σκορδαλιού²
¹Τ.Ε. Νοσηλεύτριες Μονάδας Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», ²Προϊστάμενη Μονάδας Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»



ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Γ2 Ομάδα) (Εργασίες 28 – 32)

Προεδρείο: *Μαρία Ράλλη, Δήμητρα Γελαγώτα*

28. **Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΤΟΝ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΘΕΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟ ΚΛΕΒΣΙΕΛΛΑ ΡΝΕΥΜΟΝΙΑΕ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ**
Μ. Καπερώνη¹, Β. Λαγκάζαλη², Ε.Τσοπάνογλου³, Β. Πέντσιογλου¹
¹ΝΕΛ Επιτροπής Νοιμώξεων, ²Προϊσταμένη Χειρουργικής Κλινικής Μεταμοσχεύσεων, ³Νοσηλεύτρια Χειρουργικής κλινικής μεταμοσχεύσεων, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»
29. **ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ, ΜΕΛΕΤΗ ΕΝΟΣ ΧΡΟΝΟΥ**
Ξ. Σαραντζή, Α. Παπασιμακοπούλου, Ά. Αναγνωστοπούλου, Γ. Ζαββός
Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Γ.Ν. Αθηνών «Λαϊκό»
30. **ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΟΤΑΝ ΤΟ «ΟΝΕΙΡΟ» ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΣΒΗΝΕΙ ΚΑΙ Η ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΙΕΖΕΙ ΑΣΦΥΚΤΙΚΑ ΠΡΟΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΣΕ ΕΞΟΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ. Ο ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΣΕ ΜΙΑ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ «ΜΟΝΟΔΡΟΜΟ»**
Α. Τράντα, Β. Λαγκάζαλη, Α. Κεχαγιά
Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων Α.Π.Θ., Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»
31. **ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ – ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΓΙΑ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**
Σ. Τσακαλίδου, Α. Τσάκνη
Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»
32. **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**
Θ. Καυκιά¹, Κ. Vehrilainen-Julkunen², Δ. Σαπουντζή-Κρέπια³
¹Νοσηλεύτρια MSc, PhD (c), Προϊσταμένη Αναισθησιολογικού Τμήματος, ²Νοσοκομείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, Θεσσαλονίκη, ³Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικών Σπουδών, Eastern Finland University, Kuopio, Φινλανδία, ³Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Frederick University, Κύπρος



10.30 - 11.00

ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: *Παναγιώτα Τσούγια*

Θέμα: «Οικολογία και Αιμοκάθαρση»

Εισηγήτης: *Κωνσταντίνος Φουρτούνας*

11.00 - 11.30

Διάλειμμα

11.30 - 13.00

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Προεδρείο: *Μιχάλης Κουράκος, Σοφία Ζυγά*

Θέμα: «Η Ψυχονεφρολογία: μία αναγκαιότητα στη φροντίδα των ασθενών με Χρόνια Νεφρική Νόσο»

Εισηγητές: Πηάισιο, Οργάνωση και Λειτουργία μιας Μονάδας Ψυχονεφρολογίας

Δημήτριος Δαμίγος

Είναι ενημερωμένος ο ασθενής για την ένταξή του στη μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας;

Σοφία Αραμπατζή

Συνεχιζόμενη φροντίδα και ψυχολογική στήριξη στη ΧΝΝ: κλινικά οφέλη για τον ασθενή, την οικογένεια και τη θεραπευτική ομάδα

Μαργαρίτα Οικονόμου

Μία συζήτηση του ασθενούς με το νοσηλευτή

Τρύφωνας Παπαδόπουλος, Μαριάννα Εñευθερούδη



13.00 - 14.30

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Προεδρείο: *Ιωάννα Θάνου, Βασιλική Λαγκάζαλη*

Θέμα: «Συστηματική προσέγγιση της Ηγεσίας»

Εισηγητές: Η ανάγκη δημιουργίας ενός επιτυχημένου
μοντέλου Νοσηλευτικού Τμήματος
Σταυρούλα Γερογιάννη

Τι κάνει τους Νοσηλευτές να δίνουν τον καλύτερό
τους εαυτό, στην άσκηση των καθηκόντων τους
Πανωρέα Ράμμου

Διαδικασία αποτελεσματικής υλοποίησης αλλαγών
Καλλιόπη Παναγιωτοπούλου

Ο Ηγέτης ως κινητήριος δύναμη για την επίτευξη
της διαρκούς επιτυχίας
Παναγιώτα Τσούγια

14.30 - 16.00

ΕΛΑΦΡΥ ΓΕΥΜΑ

16.00 - 17.00

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (Poster)

(Εργασίες 1 – 6)

Προεδρείο: *Ρένα Λάζαρη, Μαρίνα Καραμάνη*

P1. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΔΙΑΙΤΑ ΧΑΜΗΛΗΣ ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΦΩΣΦΟΡΟΥ

Ε. Πρεβύζη¹, Λ. Τσουροπλή¹, Ε. Χελιώτη¹, Α. Νταλιάνης², Σ. Καραντζίνη¹, Γ. Παπαδάκης¹

¹Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», Πειραιάς, ²Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Κρήτη

P2. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Ν. Τριανταφυλλίδου, Φ. Κοηοβού, Ε. Κωνσταντοπούλου, Γ. Πεφάνη, Ε. Παπαθανασίου

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενική Κλινική «Ιπποκράτης» Πειραιάς



- P3. ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ**
Α. Χασιώτη, Ε. Χαμπέρη, Β. Σωτηριάδου, Ε. Παπακυρίτση, Χ. Συργκάνης
Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, «Αχιλλοπούλειο» Γ.Ν.Ν. Βόλου
- P4. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΜΑΓΝΗΣΙΟΥ ΤΟΥ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟΥ ΔΙΑΛΥΜΑΤΟΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΜΑΓΝΗΣΙΟΥ ΟΡΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ**
Ε. Χαμπέρη, Α. Χασιώτη, Β. Σωτηριάδου, Ε. Παπακυρίτση, Χ. Συργκάνης
Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, «Αχιλλοπούλειο» Γ.Ν.Ν. Βόλου
- P5. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΜΑΣΤΙΓΑ ΤΗΣ ΕΠΟΧΗΣ;**
Σ. Παυλοπούλου¹, Σ. Μάμαλη¹, Ε. Λορεντζάκη¹, Ε. Χελιώτη¹, Σ. Μικρός¹, Α. Νταλιάνης², Α. Φουντουλάκη¹, Σ. Καραντζίνη¹, Γ. Παπαδάκης¹
¹Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», Πειραιάς, ²Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Κρήτη
- P6. Η ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΕΤΑΞΥ ΑΝΑΓΡΑΦΟΜΕΝΗΣ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗΣ ΡΟΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ ΤΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ**
Θ. Βελιώτης, Χ. Ασίκη, Π. Μαρινάκη, Ν. Σεθεμίδης, Κ. Ασαριώτης, Μ. Φιλίππου, Α. Πετράκη, Χ. Ιατρού
Νεφρολογικό Κέντρο «Γ. Παπαδάκης», Π.Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων»
- (Εργασίες 7 – 12)
Προεδρείο: *Αφροδίτη Νουνέλη, Μαρία Κηπουροπούλου*
- P7. ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗ ΕΛΑΦΡΩΝ ΑΛΥΣΙΔΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ BENICE JONES ΜΥΕΛΩΜΑ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΦΙΛΤΡΟΥ HCO ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΣΥΝΕΧΗ ΑΙΜΟΔΙΑΔΙΗΘΗΣΗ (ON LINE HEMODIAFILTRATION, OL HDF)**
Α. Μαγαλιά, Κ. Μεταξούλη, Α. Κατωπόδη, Ε. Κιμπάρουλη, Ι. Πανταζή, Χ. Παπαδοπούλου, Δ. Ποντικού, Α. Πετράκη, Χ. Ιατρού
Νεφρολογικό Κέντρο «Γ. Παπαδάκης» Π.Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων»



- P8. ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ**
 Χ. Παναγιώτου¹, Α. Μανάτου¹, Δ. Βλαχάκος², Σ. Γερούλιάνος²
¹RN, ²MD, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο
- P9. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ**
 Σ. Ζυγά¹, Μ. Λαβδανίτη², Μ. Μαϊηλιάρου³, Σ. Αρμπούζης⁴, Α. Σπυράκη⁴, Ζ. Τσάρκος⁵, Π. Σαράφης⁶
¹Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Σπάρτη, ²Καθηγήτρια Εφαρμογών Τμήματος Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, ³Λγος (ΥΝ), MSc, Υπ. Διδάκτωρ ΕΚΠΑ, Επιστημονική Συνεργάτης ΤΕΙ Λάρισας, ΣΕΥΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής, ⁴Νοσηλεύτρια Γ.Ν. Σπάρτης, ⁵Νοσηλεύτρια, ⁶Υποπλοίαρχος (ΥΝ) ΠΝ, ΝΝΑ, MSc, PhD, Επιστημονικός Συνεργάτης ΕΚΠΑ, Ιατρείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής Ευγενίδειο Θεραπευτήριο
- P10. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΥΤΟΚΙΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΙΑ (MALNUTRITION INFLAMMATION ATHEROSCLEROSIS)**
 Γ. Χριστοπούλου¹, Σ. Ζυγά²
¹Φοιτήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Σπάρτη, ²Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Σπάρτη
- P11. Η ΤΟΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ: Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΝΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ**
 Σ. Ζυγά¹, Χ. Τσίρος², Ι. Σταθούλη³
¹Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Σπάρτη, ²Παιδαγωγός, Ψυχολόγος, Ph.D. (Ph-Ed.-Phyc.), M.Sc.(Eng.), B.Sc.(Soc.Sc.), D.I.C., ³Μηχανικός Ιατρικών Οργάνων Γ.Ν. Σπάρτης
- P12. ΣΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ ΚΑΙ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**
 Σ. Ζυγά¹, Ι. Σταθούλη²
¹Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Σπάρτη, ²Μηχανικός Ιατρικών Οργάνων Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης



17.00 - 18.30 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Δ1 Ομάδα) (Εργασίες 33 – 37)

Προεδρείο: Κυριακή Σχοινά, Γεώργιος Παπαδόπουλος

- 33. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΣΕ ΕΝΑ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**
Α. Γιοντζής¹, Ε. Κοθρά², Γ. Μπατζιογιώργος³
¹ΠΕ Νοσηλεύτριας, MSc Management Υπηρεσιών Υγείας, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Τρικάλων, ²Υγιεινολόγος, τελεϊόφοιτη του Μεταπτυχιακού προγράμματος «Δημόσια Υγεία» της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Γ.Ν. Τρικάλων, ³ΤΕ Νοσηλεύτριας, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Τρικάλων
- 34. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΧΗΜΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΝΟΣ ΠΡΩΤΟΠΟΡΙΑΚΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ**
Λ. Θεοδοσόπουλος, Α. Καραγκούνη, Ε. Σαρρής, Δ. Τόпка
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γ.Ν. Δυτικής Αττικής, Αθήνα
- 35. Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΡΡΙΜΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ**
Κ. Αυγέρη, Κ. Αντωνίου
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο «Αρεταίειο»
- 36. ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ**
Α. Καρβούνη¹, Τ.Ν. Σδράθλιας²
¹Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν. Βόλου, ²Νοσηλεύτριας Τ.Ε., Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν. Βόλου
- 37. Η ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΟΝΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**
Γ. Πουλήδα, Ε. Κοκκίνου, Α. Μπόκαρη, Α. Καραγκούνη, Ε. Σαρρής
Νεφρολογικό Τμήμα και Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν.Δ.Α. «Η Αγία Βαρβάρα», Αθήνα



ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (Δ2 Ομάδα) (Εργασίες 38 – 42)

Προεδρείο: *Αργυρώ Πανταζή, Βασιλική Κομποθία*

38. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Μ. Σκοπελίτου¹, Π. Ψας², Α. Κουλιούρη³, Σ. Καρατζίνη¹

¹Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», ²Γ.Ν. Νικαίας «Αγ. Παντελεήμων», ³Κ.Υ. Σαλαμίνας

39. ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σ. Χήρα¹, Α. Χαρδαλιάς², Π. Καραμπατάκης³, Α. Πανούση⁴, Ε. Καραγκιούζη⁵

¹Νοσηλεύτρια, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού «Ευαγγελισμός» Αθήνα, ²Υπ. Νοσηλεύτριας ΜΠΚ Π.Γ.Ν «Ρίο» Πάτρα, ³Προϊστάμενος, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού «Ιποκράτειο» Θεσσαλονίκη, ⁴Νοσηλεύτρια Χειρουργικής κλινικής «Αγία Ολγα» Αθήνα, ⁵Υποπληθίαρχος Νοσηλεύτρια, Msc, Ν.Ν.Α.

40. Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ

Π. Τσιοτίκα

Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν. Γρεβενών Φοιτήτρια ΕΑΠ, Τμήμα Διοίκησης, Επιχειρήσεων και Οργανισμών

41. ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ

Μ. Ελευθερούδη, Ε. Κύρογλου

Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκη

42. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ

Π. Γιαννούλα¹, Α. Καραμπέτσου¹, Φ. Γρηγοριάδου², Σ. Σπύρου³

¹Εργος (ΥΝ), ²Ασμίας (ΕΝΟΣ), ³Ανθρακος (ΑΝΟ), 251 Γ.Ν. Αεροπορίας, Αθήνα



ΣΑΒΒΑΤΟ 29 ΜΑΪΟΥ 2010

- 18.30 - 20.00** **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**
Προεδρείο: *Θεοδώρα Καυκιά, Παναγιώτης Καραμπατάκης*
Θέμα: «Παράγοντες που συμβάλλουν στην ποιοτική Αιμοκάθαρση»
Εισηγητές: Παράμετροι που συμβάλλουν στην ποιοτική Αιμοκάθαρση
Βασιλική Μαρινοπούλου
Η αγγειακή προσπέλαση
Λάμπρος Βαγιώτας
Σύγχρονη τεχνολογία και εφαρμογή νέων μεθόδων Αιμοκάθαρσης
Θεόδωρος Ελευθεριάδης
Η συμβολή της δίαιτας στην ποιότητα ζωής των ασθενών υπό αιμοκάθαρση
Σοφία Σαββίδου
- 20.00 – 20.30** **ΤΕΛΕΤΗ ΛΗΞΗΣ**
Προεδρείο: *Παναγιώτα Τσούγια*
Διάλεξη: «Ούτε 'γω ήμουνα εκεί, ούτε εσείς να το πιστέψετε»
Εισηγήτρια: *Ανθή Θάνου*
Μουσική: *Παναγιώτης Κούλελης*
- 20.30 - 21.00** **ΑΠΟΝΟΜΗ ΒΡΑΒΕΙΟΥ ΚΑΛΥΤΕΡΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**
- 21.00** **ΕΠΙΣΗΜΟ ΔΕΙΠΝΟ**

ΚΥΡΙΑΚΗ 30 ΜΑΪΟΥ 2010

ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΧΡΟΝΟΣ



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η Οργανωτική Επιτροπή εκφράζει τις θερμές ευχαριστίες της στις παρακάτω εταιρείες για τη γενναιόδωρη χορηγία τους.

ROCHE HELLAS A.E.
MEDIPRIME A.E.E.
ARITI A.E.
GENESIS PHARMA A.E.
DIOPHAR A.E.
LEO PHARMACEUTICAL E.Π.Ε.
MEDICAL PRODUCTS E.Π.Ε.

Επίσης, η Οργανωτική Επιτροπή εκφράζει ευχαριστίες της στις παρακάτω εταιρείες για την ενίσχυση του στόχου του Συνεδρίου.

VIANEX A.E.
GENZYME ΕΛΛΑΣ Ε.Π.Ε.
BAXTER HELLAS Ε.Π.Ε.
Γ. ΚΡΕΞΗΣ & ΥΙΟΣ Ο.Ε.
ASTELLAS PHARMACEUTICALS A.E.B.E.
SHIRE HELLAS A.E.
PFIZER HELLAS A.E.
3M HELLAS Μ.ΕΠΕ
ALAPIS MEDICAL & DIAGNOSTICS A.E.
COLOPLAST ΜΑΥΡΟΓΕΝΗΣ Α. Α.Ε.
ΝΤΙΑΛ Α.Ε.
DOCTUM ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.
ENORASIS A.E.
JOHNSON & JOHNSON HELLAS A.E.B.E.
NOVARTIS HELLAS A.E.B.E.
VERMA DRUGS A.B.E.E.
DEMO A.B.E.E.
PAROFIL - Μ. ΚΟΝΤΟΜΗΤΡΟΥ & ΣΙΑ Ο.Ε.
PROTON A.E.
SCHERING PLOUGH A.E.
CANA A.E.
FARAN A.B.E.E.
HELP A.B.E.E.
LAVIPHARM HELLAS A.E.
PHARMA LINE A.E.
TELEFLEX MEDICAL HELLAS A.E.E.
VIOSER A.E.



**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ
ΕΡΓΑΣΙΩΝ**

1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΦΩΣΦΟΡΟΔΕΣΜΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΥΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Β. Παπαγεωργίου, Γ. Μπακογιάννη, Π. Μαλινδρέτος, Γ. Κουτρούμπας, Χ. Συργκάνης
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, «Αχιλλοπούλειου» Νοσοκομείου Βόλου

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των αιμοκαθαιρουμένων ασθενών που αφορά στην σωματική, ψυχοκοινωνική υγεία και επίδραση της νόσου και η πιθανή συσχέτιση αυτής με τη λήψη φωσφοροδεσμευτικών φαρμάκων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Βόλο τον Ιανουάριο του 2010, σε δείγμα 73 αιμοκαθαιρουμένων ασθενών, 42 άνδρες και 31 γυναίκες, ηλικίας από 31 μέχρι 87 ετών, με μέσο χρόνο αιμοκάθαρσης 67 μήνες. Σαν βασικό εργαλείο για την διερεύνηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο του KDQOL-SF (Kidney Disease Quality Of Life Short Form), προσαρμοσμένο στα ελληνικά δεδομένα, ενώ για την συμμόρφωσή τους στην αγωγή το ερωτηματολόγιο MARS (Medication Adherence Report Scale), για ενήλικες αιμοκαθαιρουμένους ασθενείς. Οι ασθενείς διακρίθηκαν σε 2 ομάδες: την πρώτη ομάδα αποτέλεσαν οι ασθενείς που εμφανίστηκαν ιδιαίτερα συνεπείς στην αγωγή τους με φωσφοροδεσμευτικά φάρμακα και στη δεύτερη ομάδα όσοι εμφανίστηκαν λιγότερο συνεπείς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συγκρινόμενες οι δύο ομάδες δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά ως προς την ποιότητα ζωής, στις τρεις κύριες κατηγορίες που εξετάστηκαν, φυσική υγεία, ψυχική υγεία και συνέπειες της νόσου. Ωστόσο, η πρώτη ομάδα ασθενών, οι οποίοι είχαν υψηλότερη συμμόρφωση στην αγωγή τους, είχε καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με τη δεύτερη ομάδα η οποία συγκέντρωσε χαμηλότερη βαθμολογία στις τρεις προαναφερθείσες κατηγορίες (50,6 έναντι 42,0 και 55,8 έναντι 50,5 και 55,4 έναντι 52,5 αντίστοιχα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν το γεγονός ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ λήψης φωσφοροδεσμευτικών φαρμάκων και υψηλότερης ποιότητας ζωής αν και στατιστικά όχι ιδιαίτερα σημαντική.



2. Η ΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΔΕΣΜΕΥΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΦΩΣΦΟΡΟΥ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Π. Καραπαναγιώτου, Θ. Γιαραμαζίδου, Ε. Καλογιαννίδου, Ε. Πασπαλίδου, Χ. Χασάν, Κ. Μαυροματίδης

Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Κομοτηνής

ΣΚΟΠΟΣ: Μελετήθηκε σε αιμοκαθαιρόμενους (ΑΚ) ασθενείς της μονάδας μας (n=75) η γνώση τους για την χρησιμότητα των δεσμευτικών του φωσφόρου. Τέθηκε σ' όλους ερωτηματολόγιο, το οποίο αποσκοπούσε στην εκτίμηση των γνώσεών τους για τον λόγο λήψης των δεσμευτικών του φωσφόρου και πότε θα έπρεπε να λαμβάνονται σε σχέση με τους αναστολείς των H₂-υποδοχέων της ισταμίνης (αν λάμβαναν). Καταγράφηκαν η ηλικία, η διάρκεια κάθαρσης (σε μήνες), το επίπεδο μόρφωσης, το αν ήταν ή όχι μειονοτικοί και τα επίπεδα φωσφόρου 3 μηνών (λήφθηκε υπ' όψη ο μέσος όρος των τριών τιμών).

ΑΣΘΕΝΕΙΣ: Από τους 75 ασθενείς απάντησαν οι 69. Πενήντα δύο απ' αυτούς 69 (75,4%) είχαν ως ανώτερη μόρφωση το δημοτικό, ενώ οι υπόλοιποι ήταν κυρίως του γυμνασίου και λυκείου. Επίσης από τους 69 ασθενείς οι 39 ήταν μειονοτικοί (56,5%).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τη μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι 33/69 (47,8%) δεν γνώριζαν το λόγο που λάμβαναν τα δεσμευτικά του φωσφόρου ή έδωσαν λάθος απάντηση, ενώ οι 36/69 (52,2%) απάντησαν σωστά. Ωστόσο, παρά τις ελλείψεις γνώσεις τους για τη χρήση των δεσμευτικών του φωσφόρου, από τους 69 ασθενείς, οι 44 (63,7%) είχαν φωσφόρο ορού κάτω από 5 mg/dl (MO±SD=3,95±0,74, από 1,4-5,0 mg/dl). Τα χαμηλά επίπεδα φωσφόρου (κάτω από 5 mg/dl) δεν σχετίζονταν με κάποια παράμετρο που μελετήθηκε (πολυπαραγοντική ανάλυση, p=NS). Αντίστοιχα οι υπόλοιποι 25 (36,3%) που είχαν επίπεδα φωσφόρου >5,1 mg/dl οι τιμές του κυμάνθηκαν από 5,2-10,6 mg/dl (MO±SD=6,28±1,16), δηλαδή όχι ιδιαίτερα αυξημένα. Μία επίσης διαπίστωση ήταν ότι οι περισσότεροι μορφωμένοι είχαν χαμηλότερα επίπεδα φωσφόρου ορού, αν και η διαφορά αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Όσον αφορά στη χρονική στιγμή λήψης των δεσμευτικών του φωσφόρου σε σχέση με τους αναστολείς των H₂-υποδοχέων της ισταμίνης, από τους 51 που λάμβαναν και τα δύο είδη φαρμάκων οι 38/51 (74,5%) τα έπαιρναν δύο ώρες πριν ή μετά από τον αναστολέα και οι 13/51 (24,5%) ταυτόχρονα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τη μελέτη μας φάνηκε ότι: α) Η γνώση των ασθενών για τη χρησιμότητα των δεσμευτικών του φωσφόρου ήταν ελλιπής, γεγονός που πιθανά οφείλονταν στο γενικά χαμηλό μορφωτικό τους επίπεδο, β) τα επίπεδα φωσφόρου του ορού δεν σχετίζονταν με το μορφωτικό επίπεδο και το αν ήταν ή όχι μειονοτικοί, αν και οι μειονοτικοί φάνηκε ότι ήταν συνεπέστεροι στις οδηγίες των ιατρών και γ) το γεγονός ότι τα επίπεδα του φωσφόρου ήταν σχετικά χαμηλά σχεδόν στο σύνολο των ασθενών, πιθανά οφείλονταν στη γνώση των τροφών που θα έπρεπε να αποφεύγουν, προφανώς εξαιτίας της ενημέρωσης που είχαν.



3. ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΓΡΙΠΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Ε. Ττάκη, Ε. Παπαθανασίου, Κ. Χατζηδάφνη, Α. Τριανταφυλλίδου, Χ. Λεπενιώτη
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενική Κλινική «Ιπποκράτης» Πειραιά

Σκοπός: Η κατάδειξη του τρόπου με τον οποίον αντιμετώπισαν τον εμβολιασμό κατά της νέας γρίπης οι ασθενείς της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού (MTN), των προβλημάτων που αντιμετώπισε το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στην προσπάθεια του να πείσει τους ασθενείς για την αναγκαιότητα του εμβολιασμού και η αναζήτηση των αιτιών του χαμηλού ποσοστού των εμβολιασθέντων.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκε η αντίδραση 40 ασθενών της MTN της κλινική μας στην αντιμετώπιση του φαινομένου της νέας γρίπης και στην προσπάθεια μας να εμβολιαστούν.

Αποτελέσματα: Το ποσοστό των εμβολιασθέντων ασθενών μας κατά της νέας γρίπης ανήλθε στο 42,5% έναντι 65% της ίδιας ομάδας που εμβολιάστηκε κατά της κοινής γρίπης και 75% των εμβολιασθέντων κατά του πνευμονιόκοκου.

Συμπεράσματα: Το ποσοστό των εμβολιασθέντων ασθενών μας, αν και ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου, θεωρείται από εμάς εξαιρετικά χαμηλό, γεγονός που αποδώσαμε στον επηρεασμό τους από τα ΜΜΕ, τις αντικρουόμενες απόψεις του υγειονομικού κόσμου γύρω από την αναγκαιότητα του εμβολίου και την «αδυναμία» τελικά της Ομάδας μας να τους πείσει να εμβολιαστούν.



4. ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗ: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΓΙΑ ΠΟΛΛΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Σ. Γερογιάννη¹, Μ. Παναγιώτου², Ε. Γράψα³

¹Νοσηλεύτρια ΤΕ, Μ.Τ.Ν, Π.Γ.Ν.Α «Αλεξάνδρα», ²Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη Μ.Τ.Ν, Π.Γ.Ν.Α «Αλεξάνδρα», ³Ιατρός, Διευθύντρια Μ.Τ.Ν, Π.Γ.Ν.Α «Αλεξάνδρα»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η πλασμαφαίρεση αποτελεί μια μορφή αφαίρεσης και αναφέρεται στη διαδικασία διαχωρισμού των στοιχείων του αίματος (πλάσματος – έμμορφων συστατικών), με σκοπό να χρησιμοποιηθούν για θεραπευτικούς ή ερευνητικούς λόγους.

ΚΥΡΙΩΣ ΘΕΜΑ: Η θεραπευτική πλασμαφαίρεση (ΤΡΕ), αποτελεί μια εξωσωματική μέθοδο διαχωρισμού των στοιχείων του αίματος με σκοπό την απομάκρυνση των παθολογικών στοιχείων από τον οργανισμό των πασχόντων από παθολογικές οντότητες, που σχετίζονται με μεταβολικά και ανοσολογικά νοσήματα.

Ο διαχωρισμός των στοιχείων του αίματος επιτυγχάνεται με τη βοήθεια των μηχανημάτων, τα οποία στηρίζονται σε δύο βασικές αρχές: τη φυγοκέντρηση (συνεχή ή διακοπτόμενη) και τη διήθηση του αίματος μέσω φίλτρου.

Προκειμένου να εφαρμοστεί η πλασμαφαίρεση, απαιτείται η εξασφάλιση αγγειακής προσπέλασης, η χρήση αντιπηκτικού μέσου (διάλυμα κιτρικών, ηπαρίνη) και η επιλογή ενός υγρού υποκατάστασης (λευκωματίνη 5%, κατεψυγμένο πλάσμα ή συνθετικά υποκατάστατα πλάσματος).

Στις ενδείξεις εφαρμογής της πλασμαφαίρεσης υπάγονται τα αιματολογικά, νευρολογικά, νεφρολογικά και άλλα νοσήματα για τα οποία υπάρχει αποδεδειγμένη ευεργετική επίδραση αλλά και παθολογικές καταστάσεις στις οποίες η αποτελεσματικότητα της μεθόδου βρίσκεται σε πειραματικό στάδιο.

Η πιθανότητα επιπλοκών είναι σχετικά μικρή και οι κυριότερες από αυτές οφείλονται στη χρήση του αντιπηκτικού και στην αγγειακή προσπέλαση. Η θνησιμότητα κατά τη διάρκεια της πλασμαφαίρεσης είναι εξαιρετικά σπάνια, παρά το γεγονός ότι ένα ποσοστό των ασθενών που υποβάλλονται σε αυτή τη διαδικασία είναι βαρέως πάσχοντες.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ: Η θεραπευτική πλασμαφαίρεση υπόσχεται πολλά για το μέλλον καθώς νοσήματα που μέχρι τώρα αντιμετωπίζονταν συντηρητικά ή που δεν είχαν την απαραίτητη απόκριση στη φαρμακευτική αγωγή, είναι δυνατόν να έχουν καλύτερη απόκριση με την πλασμαφαίρεση. Στις προοπτικές της μεθόδου υπάγεται η μεταμόσχευση αρχέγονων κυττάρων του αίματος σε ασθενείς με κακοήθη νοσήματα.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Πλασμαφαίρεση, μορφές αφαίρεσης, φυγοκέντρηση.



5. ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΗΠΑΡΙΝΟ-ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΗΣ ΘΡΟΜΒΟΚΥΤΤΟΠΕΝΙΑΣ (HEPARIN INDUCED THROMBOCYTOPENIA, HIT) ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

Ε. Ιορδανοπούλου, Ε. Κοτζαμανίδου, Ε. Κύρογλου

Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η άνοσου τύπου θρομβοπενία από ηπαρίνη (Heparin Induced Thrombocytopenia, HIT) είναι μία από τις σοβαρότερες ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκου και ίσως η συχνότερη φαρμακευτικής αιτιολογίας θρομβοπενία. Εμφανίζεται σε άτομα που έχουν έρθει σε επαφή με ηπαρίνη και ηπαρινοειδείς ουσίες, συνήθως 4-14 ημέρες μετά την αρχική δόση και συνοδεύεται από θρομβώσεις που είναι δυνατό να έχουν δραματική εξέλιξη.

Σκοπός: Η ενημέρωση για το σύνδρομο HIT που σπάνια εμφανίζεται σε ασθενείς υπό χρόνια αιμοκάθαρση, έτσι ώστε να έχουμε έγκαιρη διάγνωση και άμεση αντιμετώπιση.

Μέθοδος - Υλικό: Παρουσίαση ενός περιστατικού που αντιμετωπίστηκε στο νοσοκομείο μας. Γυναίκα 23 ετών προσήλθε σε γενική εφημερία λόγω λιποθυμικού επεισοδίου και εμέτων. Διαπιστώθηκε ΧΝΝ τελικού σταδίου και η ασθενής άρχισε συνεδρίες αιμοκάθαρσης με κλασική ηπαρίνη. Μετά από 10 ημέρες, εμφάνισε οίδημα στο κάτω άκρο που έφερε τον καθετήρα αιμοκάθαρσης και δερματική ισχαιμική νέκρωση στην πρόσθια επιφάνεια της κνήμης. Κατόπιν εργαστηριακών και λοιπών εξετάσεων διαπιστώθηκε θρομβοπενία σε συνδυασμό με φλεβοθρόμβωση και τέθηκε υπόνοια για σύνδρομο HIT. Χορηγήθηκε αρχικά στην ασθενή fondaparinux sodium (Arixtra®) και στη συνέχεια μετά την επιβεβαίωση της διάγνωσης του συνδρόμου HIT, αντικαταστήθηκε με λεπιρουδίνη (Refludan®). Δύο 24ωρα μετά την έναρξη της λεπιρουδίνης η ασθενής παρουσίασε ολοσωματικό εξάνθημα. Χορηγήθηκε πρεδνιζολόνη και αντικαταστάθηκε η λεπιρουδίνη με danaparoid, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της κλινικής εικόνας της ασθενούς.

Συμπέρασμα: Ο κίνδυνος εμφάνισης HIT είναι υπαρκτός, μεγαλύτερος στους ασθενείς που υποβάλλονται εκτάκτως σε ΑΚ, παρά στους ασθενείς υπό χρόνια ΑΚ στους οποίους το σύνδρομο είναι γενικά σπάνιο. Η σχεδόν 'τυφλή' χορήγηση LMWH (low molecular weight heparins) σε δόσεις εξαρτώμενες μόνο από το Σωματικό Βάρος που εφαρμόζεται σε άλλες περιπτώσεις θρομβώσεων, δεν ισχύει στους ασθενείς με ΧΝΝ. Για το λόγο αυτόν, σε μερικά κέντρα η χορήγηση UFH (unfractionated heparin) με έλεγχο του aPPT εξακολουθεί να προτιμάται της χρήσης LMWH.



6. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΔΑΡΒΕΠΟΕΤΙΝΗ-Α ΚΑΙ CERA

Γ. Δανιά, Ο. Στεφανίδου, Γ. Μπακογιάννη, Π. Μαλινδρέτος, Χ. Συργκάνης
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, «Αχιλλοπούλειο» Γ.Ν. Βόλου

Η αναιμία είναι συνήθης στη Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΑ) και μπορεί να αφορά στο 90% των αιμοκαθαιρόμενων.

Σκοπός αυτής της εργασίας ήταν η εκτίμηση της διόρθωσης της αναιμίας με δύο διαφορετικά σκευάσματα ερυθροποιητίνης.

Υλικό και μέθοδοι: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 49 σταθεροποιημένοι ασθενείς που ακολουθούν τακτικό πρόγραμμα αιμοκάθαρσης 3 φορές την εβδομάδα στην MTN του Γ.Ν. Βόλου. Εξαιρέθηκαν ασθενείς με αιμορραγία, λοίμωξη και βαρύ υπερπαραθυρεοειδισμό. Η διάμεση δόση CERA ήταν 166,6 μg (min 47,5 μg – max 330,8 μg) και η διάμεση δόση δαρβεποετίνης-α ήταν 33,3 μg (min 2,5 μg – max 113,7).

Αποτελέσματα: Η μέση τιμή αιμοσφαιρίνης ήταν λίγο υψηλότερη στους ασθενείς που λάμβαναν δαρβεποετίνη-α (12,4 g/dl ±0,8) σε σχέση με αυτούς που λάμβαναν CERA (11,8 g/dl ±0,7). Το ίδιο παρατηρήθηκε και στις μέσες τιμές αιματοκρίτη (36,7% ±2,0 έναντι 35,6% ±1,7 με p=0,04). Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά στις τιμές της φερριτίνης και της ολικής σιδηροδεσμευτικής ικανότητας, καθώς και στην μέση ηλικία. Σημαντικές διαφορές δεν παρατηρήθηκαν ούτε μεταξύ ανδρών και γυναικών στις τιμές του αιματοκρίτη (36,5% ±2,0 και γυναίκες 35,9% ±1,8 με p=0,32), της φερριτίνης και της ολικής σιδηροδεσμευτικής ικανότητας.

Συμπεράσματα: Τόσο με την CERA όσο και με την δαρβεποετίνη-α, τα επίπεδα αιμοσφαιρίνης και αιματοκρίτη των ασθενών διατηρήθηκαν μέσα στο επιθυμητό εύρος τιμών, με την ομάδα της δαρβεποετίνης-α παρουσιάζει λίγο υψηλότερες τιμές.



7. ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΠΡΟΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΧΝΝ ΚΑΙ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Α. Κοροβέση¹, Α. Χαρδαλιάς², Π. Κράντου¹

¹Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν. Άργους, ²Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ρίο - Πάτρας

Εισαγωγή: Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια 30% περίπου παρουσιάζει ανορεξία και μετρίου βαθμού υποθρεψία ενώ ένα ποσοστό 8-10% βαριά υποθρεψία. Η υποθρεψία είναι ένας σημαντικός παράγοντας με κυριότερα αίτια την κατάθλιψη την ουραιμία και τις λοιμώξεις με αποτέλεσμα την αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας μας ήταν να εξεταστεί κατά πόσο η ανορεξία στους χρόνιους νεφροπαθείς σχετίζεται με κατάθλιψη και κατά πόσο η μη επαρκής λήψη τροφής επηρεάζει τις παραμέτρους της θρέψης.

Μέθοδος μελέτης: Μελετήθηκαν 130 ασθενείς για χρονικό διάστημα 22 μηνών εκ των οποίων 51 ήταν σε προτελικό στάδιο (τέσσερα) ΧΝΝ και 79 υποβάλλονται σε περιοδική αιμοκάθαρση.

Η εκτίμηση των ασθενών ξεκινά από την αρχή που ανέφεραν το σύμπτωμα της ανορεξίας και μετά από πέντε εβδομάδες επανεκτιμήθηκαν. Εξετάστηκαν οι ακόλουθοι παράμετροι

1. Για την εκτίμηση της θρέψης ήταν: Απώλεια βάρους, επίπεδα λευκωματίνης <3,5g/dl, επίπεδα τρανσφερίνης <200mg/dl, τα επίπεδα κρεατινίνης ορού και ολική χοληστερόλη.
2. Για να διαπιστώσουμε τα αίτια της ανορεξίας χρησιμοποιήσαμε:
 - Για την εκτίμηση της κατάθλιψης το ερωτηματολόγιο PHQ-9 (Robert-Spriter Columbia. ed)
 - Για την εκτίμηση της ουραιμίας την ουραιμική συμπτωματολογία και τα αέρια αίματος για τους προτελικού σταδίου ασθενείς και τι kt/v για τους αιμοκαθαρόμενους
 - Για την εκτίμηση της λοίμωξης, γενική αίματος, C αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP), ιστορικό πυρετού ή υποθερμίας.

Αποτελέσματα: 44 από τους ασθενείς παρουσίασαν ανορεξία και υποθρεψία. Από αυτούς οι 31 παρουσίασαν κατάθλιψη (70.1%) οι 7 λοίμωξη (ποσοστό!!) και οι 5 ουραιμία (29.5%). Η βασική νόσος της ΧΝΝ και τα φωσφοροδεσμευτικά φάρμακα δεν σχετίστηκαν με την ανορεξία.

Συμπέρασμα: Αρκετοί από τους ασθενείς παρουσίασαν κατάθλιψη, οι οποίοι στην συνέχεια είχαν ψυχολογική και φαρμακευτική υποστήριξη. Δεδομένου ότι η υποθρεψία είναι παράγοντας κινδύνου, όλοι οι φορείς υγείας πρέπει να είμαστε ευαισθητοποιημένοι σε αυτή την σημαντική επιπλοκή των χρόνιων ασθενών.

*Έχει γίνει στατιστική ανάλυση των δεδομένων όπου χρειάζεται.



8. Η ΕΥΕΡΓΕΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΗΣΥΧΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΥΡΑΙΜΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΩΝ ΑΝΗΣΥΧΩΝ ΠΟΔΙΩΝ

Ν. Ουσταμπασίδου, Χ. Γιαννάκης, Ε. Τσακνάκη, Ε. Ατματζίδης, Χ. Καρατζαφέρη, Γ. Σακκάς, Ι. Στεφανίδη

Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα

Εισαγωγή: Ένα σημαντικό ποσοστό των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών πάσχουν από το σύνδρομο των Ανήσυχων Ποδιών (ΣΑΠ). Στοιχεία στην βιβλιογραφία αναφέρουν ότι τα συμπτώματα του ΣΑΠ εμφανίζονται και κατά την αιμοκάθαρση η οποία απαιτεί από τον ασθενή να παραμένει κατά κάποιο τρόπο σε θέση ακινησίας και ανάπαυσης για 4 περίπου ώρες. Σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθεί εάν η οξεία αερόβια άσκηση κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης μπορεί να επηρεάσει ένα κινητικό σύμπτωμα του ΣΑΠ, τις περιοδικές κινήσεις των άκρων (ΠΚΑ), μειώνοντας έτσι και τον βαθμό κινητικής ανησυχίας των ασθενών.

Μεθοδολογία: Δεκαοκτώ αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς (13 Α/ 5 Γ, 52.3±17.6 έτη) από τη μονάδα τεχνητού νεφρού του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου της Λάρισας συμμετείχαν εθελοντικά στη μελέτη. Με βάση τα κριτήρια της διεθνούς ομάδας μελέτης του ΣΑΠ και με υποστηρικτικό στοιχείο διάγνωσης την παρουσία των ΠΚΑ κατά τη διάρκεια του ύπνου τα οποία προέκυψαν από ολονύχτια πολυκαταγραφική μελέτη ύπνου, οι ασθενείς χωρίστηκαν στην ομάδα με ΣΑΠ (n= 8) και στην ομάδα χωρίς ΣΑΠ (n= 10). Καταγράφηκαν οι ΠΚΑ κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης σε 3 διαφορετικά σενάρια: α) μετά από αερόβια άσκηση ήπιας έντασης διάρκειας 45 λεπτών σε εργοποδήλατο, β) μετά από έντονης έντασης διάρκειας 45 λεπτών σε εργοποδήλατο και γ) χωρίς άσκηση, με το ίδιο πολυκαταγραφικό σύστημα (Somnoscreen, Somnomedics GmbH, Randersacker, Germany). Τα ηλεκτρόδια για την αξιολόγηση των ΠΚΑ τοποθετήθηκαν στον πρόσθιο κνημιαίο μυ, και στα δύο κάτω άκρα. Έγινε ανάλυση διακύμανσης με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (3X2) με παράγοντες το σενάριο άσκησης και την διάγνωση ΣΑΠ. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ως $P < 0.05$.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ήπια και η έντονη άσκηση μείωσαν τις ΠΚΑ στους ασθενείς με ΣΑΠ κατά 34% και 29% αντίστοιχα εν συγκρίσει με το σενάριο το οποίο δεν περιλάμβανε άσκηση ($P < 0.05$).

Συμπέρασμα: Η αερόβια άσκηση κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης, ανεξαρτήτου έντασης, μπορεί να μειώσει σημαντικά τις ΠΚΑ στους ασθενείς που πάσχουν από ΣΑΠ. Η αερόβια άσκηση μπορεί να αποτελέσει μια πολύ αποτελεσματική μη-φαρμακολογική προσέγγιση για την μείωση της κινητικής ανησυχίας που παρατηρείτε κατά τη διάρκεια της συνεδρίας της αιμοκάθαρσης σε ασθενείς με ουραιμικό ΣΑΠ.

Λέξεις κλειδιά: σύνδρομο ανήσυχων ποδιών, περιοδικές κινήσεις άκρων, αερόβια άσκηση, αιμοκάθαρση, κινητική ανησυχία.



9. ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Μ. Γιοβαντζάκη, Μ. Μπογιατζάκη, Σ. Γρηγοριάδου, Δ. Μείμαρίδου, Π. Κουκούδης
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γ.Ν. Κιλκίς

ΣΚΟΠΟΣ: Οι ηλικιωμένοι σήμερα αποτελούν την ταχύτερα αυξανόμενη ομάδα πληθυσμού. Η βελτίωση του προσδόκιμου χρόνου επιβίωσης, έχει αυξήσει το ποσοστό της ΧΝΝ-ΤΣ στην τρίτη ηλικία. Έτσι, μεγάλο ποσοστό των ασθενών μας πλέον αποτελούν υπερηλίκες με ιδιαίτερο-τητες στη θεραπευτική αντιμετώπιση. Σκοπός της εργασίας, η καταγραφή της εμπειρίας μας στην αιμοκάθαρση (ΑΚ) υπερηλικών ασθενών, η προσπάθεια εντοπισμού των ιδιαίτερων προβλημάτων και τρόποι επίλυσης αυτών.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη συμπεριλάβαμε 47 ασθενείς (27 άνδρες), με ηλικία ένταξης άνω των 75 ετών. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 77,8 έτη (75-86έτη) και τα πρωτοπαθή νοσήματα: σακχαρώδης διαβήτης 31,9%, αρτηριακή υπέρταση 17%, πολλαπλούν μυέλωμα 4,2%, άγνωστη αιτία 46,8%. Μελετήσαμε αναδρομικά: προβλήματα κατά τη διάρκεια ΑΚ, αγγειακή προσπέλαση, συνυπάρχουσα νοσηρότητα, συχνότητα νοσηλείας στο Νοσοκομείο, συμμόρφωση στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Επίσης, προσπαθήσαμε να προσεγγίσουμε τα προβλήματα που προέκυψαν στο οικογενειακό περιβάλλον μετά την ένταξη του ασθενή σε ΑΚ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρατηρήσαμε αυξημένη συχνότητα αιμοδυναμικής αστάθειας (44,3%), υποτασικών επεισοδίων (56,2 %) και αρρυθμιών (19,5%). Η εφαρμογή νέων μεθόδων κάθαρσης (βιοδιήθηση, αιμοδιαδιήθηση και on-line αιμοδιαδιήθηση) και η προσεκτικότερη παρακολούθηση του νοσηλευτικού προσωπικού βελτίωσε την εικόνα. Προβλήματα αγγειακής προσπέλασης (μόνιμοι καθετήρες 40,4%, αρτηριοφλεβική επικοινωνία 23,4% και μοσχεύματα 14,8% με ελαττωμένο χρόνο επιβίωσης) και αδυναμία συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή (63,8%). Αυξημένη συχνότητα νοσηλείας στο Νοσοκομείο (σχετιζόμενη με την αποτυχία αγγειακής προσπέλασης, λοιμώξεις, συνυπάρχουσα νοσηρότητα), καθώς επίσης και ιδιαίτερα προβλήματα στην οικογένεια (κόστος μεταφοράς, ανάγκη συνοδού και βοήθειας στο σπίτι).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι νέες μέθοδοι κάθαρσης (με προϋπόθεση ικανοποιητικά λειτουργούσα αγγειακή προσπέλαση) και η αυξημένη φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού, μείωσε τα ανεπιθύμητα συμβάματα κατά τη διάρκεια της ΑΚ. Η τακτική επικοινωνία με το οικογενειακό περιβάλλον, βοήθησε στον έγκαιρο εντοπισμό προβλημάτων, μείωση της συχνότητας νοσηλείας και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μας.



10. Η ΑΝΑΙΜΙΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ (Χ.Ν.Ν.)

Β. Ραφτογιάννη, Κ. Νάσκαρη, Π. Αναστασίου, Ε. Τζεπαπαδάκη, Π. Βούζη, Ι. Ρουμπελάκη
Νοσοκομείο Παιδων «Π. & Α. Κυριακού», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η αναιμία αποτελεί μια από τις βασικές επιπλοκές της χρόνιας νεφρικής νόσου (Χ.Ν.Ν.) στα παιδιά, η οποία εμφανίζεται συνήθως στο 3ο στάδιο ταξινόμησης της νόσου, όταν ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης είναι χαμηλότερος από 60 ml/min/1,73 m² (τ.μ.)

Ιδιαίτερη σημασία έχει η έγκαιρη διάγνωση και η αντιμετώπιση της, καθώς αναφέρεται ως ένας από τους παράγοντες που συμβάλλει στην καθυστέρηση της αύξησης των παιδιών, στην επιδείνωση της καρδιαγγειακής τους λειτουργίας και κατ' επέκταση στην ποιότητα της ζωής τους.

ΣΚΟΠΟΣ: Είναι η περιγραφή της αναιμίας στα παιδιά με Χ.Ν.Ν., τα αίτια, τα συνωδά συμπτώματα, ο τρόπος ελέγχου και η θεραπεία της.

ΚΥΡΙΩΣ ΘΕΜΑ: Ως αναιμία ορίζεται η κατάσταση όπου ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων (RBC), του αιματοκρίτη (Ht) και της αιμοσφαιρίνης (Hb), σε συγκεκριμένο όγκο αίματος είναι κατώτερα του φυσιολογικού.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) η αναιμία ορίζεται ως επίπεδο αιμοσφαιρίνης χαμηλότερο από 12g/dl στις γυναίκες, χαμηλότερο από 13g/dl στους άνδρες και στις έγκυες γυναίκες χαμηλότερο από 11g/dl.

Στα παιδιά παθολογική θεωρείται η τιμή της αιμοσφαιρίνης (Hb) που είναι χαμηλότερη των φυσιολογικών τιμών Hb που αντιστοιχούν στην 5η εκατοστιαία θέση, αναλόγως της ηλικίας και του φύλου του παιδιού.

Τα κύρια αίτια της αναιμίας είναι η ανεπαρκής παραγωγή ερυθροποιητίνης, η οποία κατά 90% παράγεται στους νεφρούς και τα χαμηλά αποθέματα σιδήρου στον οργανισμό.

Η θεραπεία έγκειται στη χορήγηση ερυθροποιητίνης (EPO) και σιδήρου διότι τα επαρκή αποθέματα σιδήρου είναι αναγκαία για την μέγιστη ανταπόκριση στην θεραπεία με ερυθροποιητίνη.

Η χορήγηση ανθρώπινης ανασυνδιασμένης ερυθροποιητίνης (EPO) συντελεί στην διόρθωση της αναιμίας και στην εξαφάνιση των επιπλοκών των μεταγγίσεων (γιατί οι συχνές μεταγγίσεις αίματος προκαλούν αύξηση των κυτταροτοξικών αντισωμάτων με αποτέλεσμα μείωση της πιθανότητας νεφρικής μεταμόσχευσης).

Τα παιδιά που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση έχουν επιπλέον επιβαρυντικούς παράγοντες απώλειας αίματος (μέσω του εξωσωματικού κυκλώματος αίματος – φίλτρο – γραμμές – επιστροφή αίματος στο τέλος της αιμοκάθαρσης). Γι' αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία η έγκαιρη νοσηλευτική παρέμβαση στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση της αναιμίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο τακτικός κλινικοεργαστηριακός έλεγχος και η έγκαιρη έναρξη της θεραπείας, ειδικά σε παιδιά τελικού σταδίου με Χ.Ν.Ν., συμβάλλουν σημαντικά στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της αναιμίας και στην βελτίωση ποιότητας ζωής.



11. ΜΠΟΡΕΙ Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ (AMP 35% DEXTROSE) ΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΕΙ ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΝΑΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΕΩΝ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ;

Β. Παπαγεωργίου, Δ. Καμενίδου, Κ. Καψάλλα, Π. Χειλάκη, Ε. Τράμπα, Ε. Ασφή, Δ. Μιχαλόπουλος, Α. Μπλέτα, Α. Νούσης

Γενική Κλινική Ιασώ General, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Χολαργός, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η έγκαιρη διαπίστωση της επανακυκλοφορίας είναι σημαντική όχι μόνο για την αποτελεσματικότητα της αιμοκάθαρσης με τεχνητό νεφρό (ΑΜΚ), αλλά και για την απώλεια της αγγειακής προσπέλασης με την έγκαιρη παρέμβαση της νεφρολογικής ομάδας, για αυτό υπάρχει η ανάγκη ύπαρξης μίας μεθόδου εκτίμησής της που θα πρέπει να εμπεριέχει τα χαρακτηριστικά της εύκολης εφαρμογής, να χαρακτηρίζεται από ακρίβεια και να είναι οικονομική.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η παρατήρηση της εμφάνισης φυσιολογικού ορού στο αρτηριακό σκέλος κατά τη σύνδεση, όταν το ποσοστό της επανακυκλοφορίας είναι υψηλό, μας ώθησε στη διερεύνηση μίας νέας μεθόδου ανίχνευσης (επανακυκλοφορίας) με τη χρήση γλυκόζης (amp 35% dextrose), η οποία περιγράφεται στην παρούσα έρευνα. Στην έρευνα πήραν μέρος 55 ασθενείς υπό αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό, με μέσο όρο ηλικίας 69.28 έτη, 40 άντρες και 15 γυναίκες. Η αναλογία των αγγειακών προσπελάσεων ήταν 21 ασθενείς με μόσχευμα και 34 με fistulae. Για να αποδείξουμε την ακρίβεια της μεθόδου, έγινε σύγκριση με τη μέθοδο μέτρησης της επανακυκλοφορίας (μέτρηση ουρίας) των δυο βελονών όπως περιγράφεται από την διεθνή βιβλιογραφία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ποσοστιαία αύξηση της γλυκόζης σε σχέση με το ποσοστό της επανακυκλοφορίας με τη μέτρηση της ουρίας (μέθοδος δυο βελονών) αναλογικά δεν παρουσίασε στατιστική διαφορά όταν η επανακυκλοφορία είχε υψηλές τιμές (πάνω από 9,5%), πράγμα που αποδεικνύει την ακρίβεια της μεθόδου όσον αφορά στις περιπτώσεις ανίχνευσης υψηλού ποσοστού επανακυκλοφορίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η γρήγορη και οικονομική εφαρμογή της μεθόδου στην καθημερινή πράξη στο χώρο της μονάδας τεχνητού νεφρού, μπορεί να αποτελέσει ένα εύχρηστο εργαλείο πρώιμης ανίχνευσης του φαινομένου της επανακυκλοφορίας, συμβάλλοντας στην πρόληψη της απώλειας της αγγειακής προσπέλασης. Επίσης μπορεί να βοηθήσει στον προγραμματισμό και σχεδιασμό της επιλογής των σωστών σημείων παρακέντησης των αγγειακών προσπελάσεων και να αποτελέσει μία εναλλακτική μέθοδο επαλήθευσης της επανακυκλοφορίας.



12. ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Μ. Πολύχρου, Α. Ματέα

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Πολύγυρος, Γ.Ν. Χαλκιδικής

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση όλων των τύπων αγγειακής προσπέλασης που χρησιμοποιούνται σήμερα και η επισήμανση των παραμέτρων της νοσηλευτικής φροντίδας με τις οποίες εξασφαλίζεται η μακροβιότητα και καλή λειτουργία της αγγειακής προσπέλασης, με αποτέλεσμα την παροχή υψηλής ποιότητας κάθαρσης και καλής ποιότητας ζωής στους ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Χρησιμοποιήσαμε στοιχεία από την Ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία, ενώ στην εξαγωγή συμπερασμάτων σημαντικό ρόλο έπαιξε η εμπειρία μας από την εφαρμογή στην κλινική πράξη των οδηγιών που αφορούν στην προστασία της αγγειακής προσπέλασης και που τηρήθηκαν κατά την καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών της μονάδας μας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την εργασία μας προκύπτει ότι η φυσική αρτηριοφλεβική επικοινωνία αποτελεί την καλύτερη, αποτελεσματικότερη και μακροβιότερη επιλογή για τους ασθενείς της αιμοκάθαρσης. Ακολουθούν τα μοσχεύματα και οι μόνιμοι κεντρικοί δίαυλοι καθετήρες αιμοκάθαρσης. Ο τύπος της αγγειακής προσπέλασης που θα επιλεγεί εξαρτάται από την κατάσταση του αγγειακού δικτύου του ασθενούς, από τα συνυπάρχοντα νοσήματα και από το αν ο ασθενής ανήκει σε κάποια ειδική ομάδα, όπως τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι, τα άτομα με νοσογόνο παχυσαρκία, και άλλα. Η διατήρηση μιας λειτουργικής αγγειακής προσπέλασης και η αποφυγή επιπλοκών, αποτελεί κύριο μέλημα των νοσηλευτών της Νεφρολογίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διατήρηση επί μακρόν μιας ικανοποιητικά λειτουργούσας αγγειακής προσπέλασης αποτελεί πρόκληση για τη Νεφρολογική κοινότητα. Σήμερα οι νοσηλευτές των Μονάδων Τεχνητού Νεφρού με:

- Τον διαρκώς αυξανόμενο αριθμό ασθενών που καταλήγουν στο τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής νόσου και εντάσσονται στην αιμοκάθαρση,
- Με την πρόοδο της τεχνολογίας και τη βελτίωση των μεθόδων αιμοκάθαρσης,
- Με τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε ασθενούς, θα πρέπει να εργάζονται εφαρμόζοντας με σχολαστικότητα τις σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες προς επίτευξη του καλύτερου δυνατού θεραπευτικού αποτελέσματος.



13. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Μ. Δεληγιάννη, Β. Καραμπέκου, Α. Παπανικολάου, Σ. Πουλικίδου

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, 2^ο Νοσοκομείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ «Παναγία», Θεσσαλονίκη

Στη σύγχρονη νοσηλευτική πρακτική είναι κοινώς αποδεκτό ότι ο νοσηλευτής νεφρολογίας είναι κατεξοχήν υπεύθυνος τόσο για την αξιολόγηση όσο και τη διατήρηση της αγγειακής προσπέλασης του αιμοκαθαιρόμενου ασθενούς. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση και αποσαφήνιση αυτού του νοσηλευτικού ρόλου, μετά από συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Μέθοδοι/μορφές αγγειακής προσπέλασης:

- Αρτηριοφλεβική επικοινωνία
- Αγγειακά μοσχεύματα
- Καθετήρες διπλού αυλού, προσωρινοί ή μόνιμοι

Η δυσκολία στη δημιουργία και διατήρηση επαρκούς αγγειακής προσπέλασης περιγράφηκε για πρώτη φορά από τους Fan και Schwab σαν την Αχίλλειο πτέρνα της σύγχρονης αιμοκάθαρσης και αποτελεί γραμμή ζωής για όλους τους ασθενείς που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση. Αρκετοί είναι οι παράγοντες που προκαλούν μείωση ή ακόμα και απώλεια λειτουργίας της αγγειακής προσπέλασης, όπως:

- Κακή τεχνική φλεβοκέντησης
- Πρόωρη φλεβοκέντηση
- Υποτασικά επεισόδια
- Αγγειακές στενώσεις και θρομβώσεις
- Λοιμώξεις (όσο αφορά στη χρήση καθετήρων) κ.α.

Ο νοσηλευτής νεφρολογίας, έχοντας επαρκή γνώση και αξιόπιστη τεχνική κατάρτιση, καλείται να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση των παραπάνω παραγόντων, που μπορούν να επηρεάσουν άμεσα το προσδόκιμο, αλλά και την ποιότητα, ζωής του νεφροπαθούς.



14. ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΜΟΝΙΜΩΝ ΚΑΘΗΤΡΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΔΙΠΛΟΥ ΑΥΛΟΥ ΣΤΗΝ ΕΣΩ ΣΦΑΓΙΤΙΔΑ ΦΛΕΒΑ ΜΟΝΟ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΣΥΡΜΑΤΙΝΟΥ ΟΔΗΓΟΥ

Μ. Καλομοίρη, Α. Σαγξαρίδου, Ε. Καμπούρη, Σ. Φραγκίδης, Γ. Μπαμίχας

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου» Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ: Παρουσιάζουμε την εμπειρία μας από την τοποθέτηση μόνιμων καθετήρων αιμοκάθαρσης διπλού αυλού (ΜΟ.Κ.Α.Δ.Α) στην έσω σφαγίτιδα φλέβα μόνο με τη χρήση συρμάτινου οδηγού.

ΥΛΙΚΟ: Κατά τη διάρκεια των 3 τελευταίων χρόνων τοποθετήσαμε 26 ΜΟ.Κ.Α.Δ.Α σε 26 ασθενείς. Για τη τοποθέτηση ΜΟ.Κ.Α.Δ.Α δεν χρησιμοποιήθηκε διαστολέας ούτε η ειδικά αποσχιζόμενη θήκη (reel-away sheath) του set. Όλοι οι ασθενείς στους οποίους τοποθετήθηκε με το τρόπο αυτό ΜΟ.Κ.Α.Δ.Α έφεραν ήδη τοποθετημένο στην έσω σφαγίτιδα φλέβα προσωρινό καθετήρα αιμοκάθαρσης διπλού αυλού (ΠΡΟ.Κ.Α.Δ.Α), για τρεις (3) τουλάχιστον εβδομάδες.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Ο ΜΟ.Κ.Α.Δ.Α τοποθετήθηκε με τη βοήθεια συρμάτινου οδηγού, που περνούσε διαμέσου του ΠΡΟ.Κ.Α.Δ.Α στην έσω σφαγίτιδα φλέβα ενώ ο προσωρινός καθετήρας αφαιρούνταν. Στη συνέχεια μέσα από την απαραίτητη υποδόρια σήραγγα που είχε δημιουργηθεί, ο ΜΟ.Κ.Α.Δ.Α έφθανε στο σημείο εξόδου του συρμάτινου οδηγού και ο συρμάτινος οδηγός προωθούνταν ανάστροφα διαμέσου του φλεβικού άκρου εξόδου του ΜΟ.Κ.Α.Δ.Α μέχρις ότου εξέλθει από το φλεβικό άκρο εισόδου. Ο ΜΟ.Κ.Α.Δ.Α προωθούνταν πάνω στο συρμάτινο οδηγό και τοποθετούνταν στην έσω σφαγίτιδα φλέβα. Η ασφάλεια της μεθόδου, από την άποψη της πρόληψης λοιμώξεων και της καλής βατότητας του καθετήρα, εξασφαλιζόταν με τη σωστή νοσηλευτική παρέμβαση, πριν (κατά τη διάρκεια που ασθενής έφερε τον ΠΡΟ.Κ.Α.Δ.Α.) και μετά την αλλαγή του καθετήρα σε ΜΟ.Κ.Α.Δ.Α.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη τοποθέτηση δεν υπήρξε καμία επιπλοκή ενώ αμέσως μετά την αρχική τοποθέτηση ένας μόνο καθετήρας χρειάστηκε αλλαγή, μέσα σε 48ώρες, λόγω «τσακίσματος» στο σημείο εισόδου στην έσω σφαγίτιδα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπεραίνουμε ότι, η τοποθέτηση ΜΟ.Κ.Α.Δ.Α με τη χρήση του συρμάτινου οδηγού όπως περιγράφεται, είναι ένας εύκολος και ασφαλής τρόπος για τη τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα στην έσω σφαγίτιδα φλέβα ενώ σημαντική θεωρείται η νοσηλευτική παρέμβαση στον τομέα της πρόληψης επιμόλυνσης και βατότητας του καθετήρα.



15. ΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (ΠΚ) ΜΕ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΛΛΑΓΩΝ

Ε. Πάνου, Α. Μπέκα, Γ. Φώτη, Μ. Παλατζίδου

Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης

Η περίοδος ένταξης ενός ασθενούς στην ΠΚ αποτελεί μια από τις σημαντικότερες παραμέτρους της συνολικής έκβασης της μεθόδου. Η προοδευτικά προσαρμοζόμενη ένταξη των ασθενών σε ΠΚ αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική πρόταση.

ΣΚΟΠΟΣ: Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και του κόστους της προοδευτικής ένταξης των ασθενών σε ΠΚ.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ: Το χρονικό διάστημα 2004-2006, 47 νέοι ασθενείς εντάχθηκαν σε ΠΚ στο Τμήμα μας. Σε 35 από αυτούς (14 γυναίκες και 21 άνδρες) έγινε εφαρμογή προοδευτικά προσαρμοζόμενης ΠΚ. Από την μελέτη αποκλείστηκαν 5 ασθενείς που δεν είχαν ΥΝΛ, 4 που μεταμοσχεύθηκαν 2 που απεβίωσαν και 1 που άλλαξε μέθοδο πριν την ολοκλήρωση της 3ετίας, χρονικό διάστημα που ορίστηκε ως χρόνος παρακολούθησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η αφαίρεση τουλάχιστον μιας αλλαγής από το ημερήσιο πρόγραμμα των ασθενών σε ΠΚ ήταν εφικτή σε 1083 ασθενο-μήνες.

Η ρύθμιση του ισοζυγίου των υγρών, η διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών, η διατήρηση της οξεοβασικής ισορροπίας, η διόρθωση της αναιμίας και οι στόχοι κάθαρσης επιτεύχθηκαν ικανοποιητικά στο σύνολο των ασθενών σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες. Η επίπτωση περιτονίτιδας ήταν ιδιαίτερα χαμηλή (0.09 επεισόδια/ασθενο-έτη). Διούρηση >500 ml/24ωρο διατηρήθηκε στο τέλος του 3ου έτους σε ποσοστό 82.8% των ασθενών ενώ κανένας ασθενής δεν χρειάστηκε να χρησιμοποιήσει μόνιμα υπέρτονα διαλύματα γλυκόζης.

Με την εφαρμογή αυτού του προγράμματος προσφέρθηκαν περίπου 21700 ελεύθερες ώρες στους ασθενείς μας (290 ώρες/ασθενή/έτος). Το συνολικό οικονομικό όφελος στην 3ετία ήταν 750.000 Euro ενώ συγχρόνως υπολογίζουμε ότι μειώθηκε κατά 1.5 τόνους η ποσότητα των σκληρών πλαστικών απορριμμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μείωση του αριθμού των αλλαγών κατά την ένταξη των ασθενών σε ΠΚ σύμφωνα με την ΥΝΛ τους, βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών, αυξάνει την βιοσυμβατότητα της μεθόδου μειώνοντας σημαντικά το κόστος της και οδηγεί σε βελτίωση της αποδοχής της ΠΚ.



16. ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Ε. Κύρογλου, Ο. Σαρακατσιάνου, Μ. Ελευθερούδη
Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Οι ασθενείς δε θέλουν να ακολουθήσουν τη Περιτοναϊκή Κάθαρση λόγω νασφάλειας που νοιώθουν κατά τη χρήση του ειδικού εξοπλισμού χωρίς την άμεση παρακολούθηση κάποιου ειδικού, παρόλο που η εκπαίδευση τους ολοκληρώνεται και πιστοποιείται στο χώρο του νοσοκομείου.

Σκοπός: Να κατανοήσουμε την ανάγκη των ασθενών για κατ'οίκον παρακολούθηση σε τακτικά χρονικά διαστήματα, για να αισθάνονται ασφάλεια, να προλαμβάνονται λάθη, να αντιμετωπίζονται προβλήματα και να γίνονται επαναλήψεις σε θεωρητικό και κυριότερα σε πρακτικό επίπεδο.

Μέθοδος-Υλικό: Στο τέλος του 2006 το τμήμα Περιτοναϊκής Κάθαρσης του Γ. Ν. Παπαγεωργίου μαζί με εξωτερικούς συνεργάτες ξεκίνησε ένα πιλοτικό πρόγραμμα για κατ'οίκον παρακολούθηση ασθενών υπό περιτοναϊκή κάθαρση.

Από τους 70 ασθενείς του τμήματος στο πρόγραμμα συμμετείχαν οι 33 ασθενείς που είχαν άμεση σχέση με τους εξωτερικούς συνεργάτες.

8 ασθενείς έκαναν C.A.P.D και 25 A.P.D. Η πρώτη επίσκεψη ήταν μέσα στον πρώτο μήνα και στη συνέχεια κάθε 5 μήνες. Όταν διαπιστώνονταν προβλήματα οι επισκέψεις γίνονταν ανά 1-2 μήνες.

Αποτελέσματα: Κατά τις επισκέψεις διαπιστώθηκαν και λύθηκαν διάφορα προβλήματα που αφορούν στη διαδικασία της αλλαγής. Λόγω της καθημερινής επανάληψης γινόταν περικοπές στο πρωτόκολλο καθώς επίσης και στην τήρηση του διαιτολογίου και την πρόσληψη υγρών.

Στους 33 ασθενείς δόθηκε ερωτηματολόγιο ικανοποίησης του προγράμματος όπου οι 31 βρέθηκαν ικανοποιημένοι και ήθελαν να συνεχίσει, ενώ 2 ήταν ενοχλημένοι. Όσο για τη συχνότητα των επισκέψεων, 17 ασθενείς ήθελαν επίσκεψη κάθε 6 μήνες, 10 κάθε 4 μήνες, 2 κάθε 12 μήνες, 2 κάθε μήνα και 2 δεν ήθελαν καμία επίσκεψη.

Συμπέρασμα: Με την κατ'οίκον παρακολούθηση οι ασθενείς νοιώθουν ασφάλεια, δίνεται η δυνατότητα για επανεκπαίδευση σε τακτά διαστήματα, προλαμβάνονται λάθη, αντιμετωπίζονται προβλήματα και η παρακολούθηση των ασθενών στα Ε.Ι. γίνεται πιο ουσιαστική, ώστε οι ασθενείς να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής.



17. ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΔΙΑΛΥΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Α. Μανάτου², Υ. Μεταξά¹, Δ. Κούλια¹, Μ. Σταμούλη¹, Κ. Πέτσιος³

¹Νοσηλεύτρια ΤΕ, ²Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc, ³Νοσηλεύτης ΠΕ, ΜSc, PhD, Παιδοκαρδιοχειρουργική ΜΕΘ, «Ωνάσειο» Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η εμφάνιση οξείας νεφρικής ανεπάρκειας μετά από επέμβαση ανοιχτής καρδιάς σε παιδιατρικούς ασθενείς αναφέρεται ως επιπλοκή στη διεθνή βιβλιογραφία.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της συχνότητας εφαρμογής της μεθόδου, η εκτίμηση της αποδοτικότητας της και καταγραφή της νοσηλευτικής φροντίδας αυτών των ασθενών.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη περιλαμβάνει συστηματική ανασκόπηση της ελληνικής & διεθνούς βιβλιογραφίας της τελευταίας δεκαετίας και συλλογή δεδομένων με ειδική φόρμα ερωτήσεων η οποία περιλαμβάνει δημογραφικά χαρακτηριστικά, πληροφορίες σχετικά με τις διεγχειρητικές συνθήκες και κλινικά χαρακτηριστικά των παιδιατρικών ασθενών που υποβλήθηκαν σε περιτοναϊκή διάλυση κατά την τελευταία δεκαετία στο κέντρο μας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η επιλογή της περιτοναϊκής διάλυσης είναι χρήσιμη διότι είναι ευκολότερη η εφαρμογή της, είναι σχετικά αποδοτική αναφορικά με την απομάκρυνση όγκου υγρών και επιπλέον δεν απαιτεί αντιπηκτική αγωγή, ενώ γενικότερα συνοδεύεται από λιγότερο σοβαρές επιπλοκές. Οι κυριότεροι επιβαρυντικοί παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί είναι η μικρή ηλικία, σύνθετες συγγενείς καρδιοπάθειες, διάφοροι διεγχειρητικοί παράγοντες (πχ διάρκεια εξωσωματικής κυκλοφορίας) και μειωμένη καρδιακή παροχή μετεγχειρητικά. Θα παρουσιαστούν επίσης αποτελέσματα της πιλοτικής μελέτης αναφορικά με την ελληνική κλινική εμπειρία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της μελέτης θα βοηθήσουν στον καθορισμό των παραγόντων που σχετίζονται με την έναρξη της περιτοναϊκής διάλυσης στα παιδιά που υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση, τον καθορισμό επιβαρυντικών παραγόντων σχετικά με τη διάρκεια της περιτοναϊκής διάλυσης αλλά και της επιβίωσης εν τέλει.



18. ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΔΕΚΑ ΕΤΩΝ

Α. Χασιώτη, Ε. Χαμπέρη, Β. Σωτηριάδου, Ε. Παπακυρίτση, Χ. Συργκάνης
Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, «Αχιλλοπούλειο» Γ.Ν.Ν. Βόλου

Από την αρχή της περιτοναϊκής κάθαρσης (ΠΚ) η αυξημένη συχνότητα της περιτονίτιδας αποτέλεσε ανασταλτικό παράγοντα για την εξάπλωση και αποδοχή της μεθόδου. Στις τελευταίες δεκαετίες έχει αποκτηθεί γνώση για την εφαρμογή της ΠΚ με αποτέλεσμα τη βελτίωση των συστημάτων στην προσπάθεια ελάττωσης των επεισοδίων περιτονίτιδας.

Σκοπός: Η εκτίμηση της συχνότητας της περιτονίτιδας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ΠΚ (επεισόδια/ασθενή/έτος) και η μεταβολές της κατά τη διάρκεια δέκα ετών. Η μελέτη των βακτηριακών αιτιών της περιτονίτιδας και η συχνότητα απομόνωσης αυτών.

Υλικό και μέθοδοι: Μελετήσαμε αναδρομικά όλα τα επεισόδια περιτονίτιδας από 1/11999 έως 31/12/2008 σε 77 ασθενείς (50♂, 27♀) με μέση ηλικίας τα 60 έτη και σε ΠΚ 29,9 μήνες και καταγράψαμε 92 επεισόδια περιτονίτιδας. Η συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ) ήταν η μέθοδος θεραπείας σε 63 ασθενείς, ενώ η αυτοματοποιημένη ΠΚ (ΑΠΚ) σε 14.

Αποτελέσματα: Η συνολική συχνότητα της περιτονίτιδας ήταν ένα επεισόδιο ανά 25,6 μήνες ασθενούς ή 0,46 επεισόδια ανά έτος. Η συχνότητα στην ΣΦΠΚ, ήταν ένα επεισόδιο ανά 24,6 μήνες ασθενούς, ενώ στην ΑΠΚ ήταν ένα επεισόδιο ανά 36 μήνες ασθενούς.

Σε 2308 μήνες θεραπείας καταγράφηκαν 90 επεισόδια περιτονίτιδας, από 46 ασθενείς, 75,5% με θετική καλλιέργεια περιτοναϊκού υγρού και 24,5% με αρνητική. Οι μικροοργανισμοί που απομονώθηκαν από τις καλλιέργειες του περιτοναϊκού υγρού ήταν Gram(+) σε 48% επεισόδια, Gram(-) 15%, πολυμικροβιακή περιτονίτιδα 8%, μύκητες 3% και 2% επεισόδια αφορούσαν την ηωσινοφιλική περιτονίτιδα. Στα Gram(+) βακτήρια ο επιδερμικός σταφυλόκοκκος τυποποιήθηκε ως το συχνότερο αίτιο 57% ενώ στα Gram(-) βακτήρια η ψευδομονάδα 43%.

Συμπεράσματα: Η περιτονίτιδα στην ΠΚ οφείλεται κυρίως σε Gram(+) μικροοργανισμούς και στο μεγαλύτερο ποσοστό αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά. Το ποσοστό περιτονίτιδας με αρνητική καλλιέργεια είναι υψηλό. Η προσεκτική επιλογή των ασθενών, η αυστηρή τήρηση και εφαρμογή των άσηπτων συνθηκών μπορεί να μειώσει την συχνότητα της περιτονίτιδας.



19. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΒΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΝΕΩΝ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΩΝ ΔΙΑΛΥΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΥΠΕΡΔΙΗΘΗΜΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΠΟΛΕΙΜΑΤΙΚΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (APD)

Μ. Καλαϊτζή, Μ. Βλασακάκη, Ε. Μιλtsακάκη, Σ. Χατζοπούλου, Φ. Νάκα, Σ. Μπεζιργιαννίδου, Β. Δεβετζής, Μ. Θεοδωρίδης, Β. Βαργεμέζης

Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Τα συμβατικά περιτοναϊκά διαλύματα (ΠΔ) με αυξημένα προϊόντα διάσπασης της γλυκόζης, όξινο pH και γαλακτικά ως ρυθμιστικό σύστημα) έχουν ενοχοποιηθεί για βλάβες στη δομή και λειτουργικότητα της περιτοναϊκής μεμβράνης. Ο αυξημένος όγκος ΠΔ που χρησιμοποιούν οι ασθενείς σε Αυτοματοποιημένη Περιτοναϊκή Κάθαρση (APD) σε σχέση με την Συνεχή Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση (CAPD) πιθανών να επιδεινώνει ακόμα περισσότερο τις βλάβες στη μεμβράνη. Σκοπός της παρούσης μελέτης η εκτίμηση του υπερδιηθήματος και της υπολειμματικής νεφρικής λειτουργίας συμβατικών(sPDS) και νέων(nPDS) διαλυμάτων σε ασθενείς σε APD.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν για 6 μήνες δύο ομάδες ασθενών, η ομάδα Α (n=18) ηλικίας 72.6±10.7 ετών που υποβάλλονταν για 52.5±22.2 μήνες σε APD (μέσος όγκος διαλύματος 12.6±1,2 Lt) με sPDS και η ομάδα Β (n=7) ηλικίας 52.5±22.2 ετών που υποβάλλονταν για 37.8±18.14 μήνες σε APD (μέσος όγκος διαλύματος 12.8±1,7Lt) με nPDS. Στην έναρξη (T0) και στο τέλος της μελέτης (T6) εκτιμήθηκαν ο ρυθμός εξיסορρόπησης της κρεατινίνης (D/P), ο όγκος του υπερδιηθήματος στη δοκιμασία PET, ο όγκος ούρων 24ώρου και ο δείκτης επάρκειας κάθαρσης ουρίας (Kt/V). Όλες οι δειγματοληψίες ΠΔ έγιναν μετά τετράωρη παραμονή 2 Lt περιτοναϊκού διαλύματος 2,5% δεξτρόζης

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς της ομάδας Α δεν παρουσίασαν καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην έναρξη (T0) και στο τέλος (T6) της μελέτης στο υπερδιήθημα (p=0.87), στον όγκο των ούρων (p=0,33) και στο ρυθμό εξισορρόπησης της κρεατινίνης (p=0,29). Αντιθέτως υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις τιμές T0 και T6 για τους ασθενείς της ομάδας Β για τον όγκο του υπερδιηθήματος (p=0,009), το D/P της κρεατινίνης (p=0,04) και του όγκου των ούρων 24ώρου (p=0,007). Δεν αναδείχτηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά και στις δύο ομάδες για το Kt/V (για την Ομάδα Α p=0.31 και για την Ομάδα Β p=0.09). Οι μέσες τιμές+SD αναγράφονται στον Πίνακα 1.

Συμπεράσματα: Στην παρούσα μελέτη φαίνεται ότι η χρήση των νεότερων διαλυμάτων (λιγότερο βιοασύμβατων) πιθανών να προλαμβάνει την αύξηση της ταχύτητας μετακίνησης των μικρομοριακών ουσιών δια της μεμβράνης και ως εκ τούτου να διατηρεί ή και να βελτιώνει την ικανότητα του περιτοναίου προς υπερδιήθηση καθώς επίσης πιθανών να ασκούν και προφυλακτική δράση στην υπολειμματική νεφρική λειτουργία.

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι

ΟΜΑΔΑ Α (n=18)	T0	T6
UF (ml)	207.69±133.98	215±123.45
Vu 24h(ml)	778.57±737.12	682±614.03
Cr D/P	0.79±0.09	0.79±0.08
Kt/V	2.17±0.47	2.08±0.42
ΟΜΑΔΑ Β (n=18)		
UF (ml)	293.33±96.47	507±169.07
Vu 24h(ml)	1360±581.37	1930±349.28
Cr D/P	0.66±0.11	0.57±0.09
Kt/V	2,06±0.37	1.75±0.42



20. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΤΗΛΕΜΑΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Μ. Βλασκακάκη, Μ. Καλαϊτζή, Μ. Πείχαμπέρη, Μ. Χριστοφορίδου, Ε. Κιλτσίκη, Β. Κουβάτα, Α. Ρουμελιώτης, Μ. Θεοδωρίδης, Β. Βαργεμέζης

Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Πανεπιστημιακή Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Η εφαρμογή των υπηρεσιών πληροφορικής και τηλεπικοινωνίας έχει προσφέρει σημαντικά στην υποστήριξη των ασθενών με Χρόνια Νεφρική Νόσο. Στα πλαίσια αναβάθμισης της φροντίδας των ασθενών που βρίσκονται σε πρόγραμμα υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας με τη μέθοδο της Περιτοναϊκής Κάθαρσης (ΠΚ), εφαρμόζεται στη μονάδα μας μια καινοτόμος μέθοδος πληροφορικής (ΠΕΡΚΑ) με στόχο την καθημερινή παρακολούθηση των ασθενών για έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση των προβλημάτων. Η τηλεματική υπηρεσία ΠΕΡΚΑ χρησιμοποιεί τεχνολογίες διαδικτύου για την καταγραφή βιολογικών παραμέτρων και άλλων στοιχείων που απαιτούνται για την παρακολούθηση της διαδικασίας της ΠΚ και την αποστολή τους μέσω δικτύου κινητής τηλεφωνίας από το σπίτι του ασθενούς στο Κέντρο ΠΚ. Ο νοσηλευτής αποτελεί σημαντικό μέρος της ομάδας συμβάλλοντας ουσιαστικά στην παρακολούθηση και υποστήριξη των ασθενών.

Μέθοδος: Η διαδικτυακή υπηρεσία ΠΕΡΚΑ εφαρμόστηκε πιλοτικά μέχρι σήμερα, σε 7 ασθενείς (5 Α, 2 Γ) με μέση ηλικία 55.8 ± 11.1 έτη και με μέση διάρκεια σε ΠΚ 29 ± 10.67 μήνες (6 APD, 1 CAPD) για χρονική διάρκεια παρακολούθησης 12 μηνών. Οι ασθενείς με την βοήθεια μικρού φορητού υπολογιστή απέστειλαν καθημερινά δεδομένα σε μονάδα κεντρικού υπολογιστή (server) προς αποθήκευση και επεξεργασία. Τα τηλεμετρικά δεδομένα αφορούν ζωτικές παραμέτρους (π.χ. ΑΠ, σφύξεις, θερμοκρασία κλπ.) καθώς επίσης και παραμέτρους που σχετίζονται με την ΠΚ (π.χ. τύπος και όγκος περιτοναϊκού διαλύματος, υπερδιήθημα κλπ). Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας έχει ελεγχόμενη ασφαλή πρόσβαση στα στοιχεία αυτά μέσω διαδικτύου, με δυνατότητα αξιολόγησης και έγκαιρης παρέμβασης. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν απαιτείται ειδική εκπαίδευση σε δικτυακές εφαρμογές λόγω της φύσης του λογισμικού και του ηλεκτρονικού υπολογιστή (οθόνη αφής κλπ).

Αποτελέσματα: Κατά την διάρκεια της παρακολούθησης οι ασθενείς παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά καλύτερες τιμές Συστολικής Αρτηριακής Πίεσης (SBP) και Βάρους Σώματος (ΒΣ). (πίνακας 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

	ΕΝΑΡΞΗ(Τ0)	ΜΕΣΟ (Τ6 – 6m)	ΤΕΛΟΣ (Τ12-12m)	p T0 – T12
ΒΣ(kg)	83.6±13.05	84.8±13.2	83.1±13.68	0.03
SBP(mmHg)	144.5±12.77	138.5±13.06	131.57±8.79	0.017

Συμπεράσματα: Η χρήση του διαδικτύου αναμφίβολα μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη παρακολούθηση και έγκαιρη ανίχνευση των προβλημάτων των ασθενών που βρίσκονται σε ΠΚ. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην καθημερινή παρακολούθηση των ασθενών μέσω της τηλεματικής εφαρμογής ήταν ιδιαίτερα σημαντικός και βοήθησε σημαντικά στη μείωση του άγχους και της ανασφάλειας των ασθενών, στη βελτίωση της υδρικής τους κατάστασης και στην καλύτερη ρύθμιση της Αρτηριακής Πίεσης και του Διαβήτη.



21. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΝΕΟΓΝΟΥ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ MSUD, ΗΛΙΚΙΑΣ 2,5 ΜΗΝΩΝ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ 5 KG

Κ. Νάσκαρη, Δ. Χασκή, Γ. Βόγγλη, Π. Βούζη, Ι. Ρουμπελάκη

Νοσοκομείο Παιδων «Π. & Α. Κυριακού»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Νόσος ως από οσμής σφενδάμου (MSUD):

Διαταραχή στον καταβολισμό της λευκίνης, ισολευκίνης και βαλίνης (αμινοξέων).

Ανεπάρκεια αφυδρογονάσης α-κετοξέως διακλαδιζόμενης αλύσου.

Είναι οξεία νόσος από την 1η -2η εβδομάδα ζωής (έμετοι, οπισθότονο, σπασμοί, νοητική υστέρηση, λήθαργος, κώμα). Η έγκαιρη ανίχνευση με τη βοήθεια του προληπτικού ελέγχου μειώνει σημαντικά την βαρύτητα.

Σκοπός: Η αντιμετώπιση με αιμοκάθαρση νεογνού 2,5 μηνών, σωματικού βάρους. 5Kg λόγω μεταβολικού νοσήματος MSUD.

Κυρίως θέμα: Το νεογνό εισήχθη στο νοσοκομείο με ανησυχία, ευερεθιστότητα και μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ λόγω περαιτέρω επιδείνωσης της νευρολογικής κατάστασης και αύξηση των αμινοξέων (CT εγκεφάλου /εγκεφαλικό οίδημα). Τοποθετήθηκε παιδιατρικός περιτοναϊκός καθετήρας (η ενδεδειγμένη μέθοδος για νεογνά) και άρχισαν πλύσεις (10ml/kg/αλλαγή) κάθε ½ ώρα με ισότονο διάλυμα 1,5%, με ικανοποιητική λειτουργία αρχικά. Έξι ώρες μετά, παρουσίασε διαρροή περιτοναϊκού υγρού από το σημείο εξόδου, και χρειάστηκε χειρουργική παρέμβαση για την αποκατάσταση της στεγανότητας του σημείου, χωρίς τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Η νευρολογική επιδείνωση της κατάστασης, απαιλητική για τη ζωή του νεογνού, επέβαλε άμεση παρέμβαση και αντιμετώπιση με αιμοκάθαρση.

Τοποθετήθηκε επιτυχώς σφαιριτιδικός καθετήρας διπλού αυλού, παρά τη σωματική διάπλαση και το βάρος του παιδιού.

Για την προετοιμασία της αιμοκάθαρσης, χρησιμοποιήσαμε μικρής επιφάνειας φίλτρο, 0,5 m², παιδιατρικές γραμμές και αντλία και έγινε πλήρωση των αρτηριοφλεβικών γραμμών και φίλτρου με ολικό αίμα (120 ml) για την πρόληψη υπογκαιμίας.

Εκτιμήθηκε η κατάσταση του νεογνού και η βατότητα του καθετήρα. Ελήφθη πλήρης εργαστηριακός έλεγχος, μέτρηση των αμινοξέων πριν, 1 ώρα μετά και στο τέλος της συνεδρίας, η οποία διήρκεσε 2 ώρες, με ροή αίματος 60 ml/min. Η καταγραφή της αρτηριακής πίεσης, και των σφύξεων, ήταν συνεχής με μόνιτορ και η οξυγόνωση του αίματος με οξυμετρο, της θερμοκρασίας του σώματος και έλεγχος της δερματικής εξόδου του καθετήρα για αιμορραγία.

Η συνεδρία της αιμοκάθαρσης διεξήχθη επιτυχώς, με μικρά υποτασικά επεισόδια τα οποία και αντιμετώπιστηκαν.

Η αποσύνδεση, έγινε με χαμηλή ροή αίματος και από το εξωσωματικό κύκλωμα επιστράφησαν το 30% του αίματος. Οι συνεδρίες επαναλήφθηκαν για τις επόμενες 4 ημέρες όπου αποκαταστάθηκαν οι τιμές των αμινοξέων και βελτιώθηκε η κλινική του εικόνα. Το νεογνό εξήλθε από το νοσοκομείο 15 ημέρες μετά, με τις κατάλληλες διαιτητικές οδηγίες.

Συμπέρασμα: Αν και η περιτοναϊκή κάθαρση, είναι η μέθοδος επιλογής εξωνεφρικής κάθαρσης σε παιδιά ηλικίας <1 έτους, κατέστη δυνατή, παρόλες τις τεχνικές δυσκολίες η εφαρμογή της μεθόδου αιμοκάθαρσης, σε νεογνό 2,5 μηνών και σωματικού βάρους 5 kg, με επιτυχία. Για την ασφαλή εφαρμογή της μεθόδου, απαιτείται εξειδικευμένο προσωπικό, κατάλληλο υλικό και εξασφάλιση αγγειακής προσπέλασης. Με την αποκτηθείσα εμπειρία τέθηκαν οι βάσεις για την ορθότερη οργάνωση και εφαρμογή της αιμοκάθαρσης στους μικρούς ασθενείς.



22. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΣΤΗ ΜΕΘ ΜΕ ΧΑΜΗΛΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Α. Τζέρμπου, Μ. Τσέκλημα, Α. Γεωργίου, Α. Γιάγκου, Χ. Βλαΐδου, Φ. Τασούλα, Α. Γιώτη
Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα» Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

Η αιμοκάθαρση αποτελεί συχνά αναπόσπαστο τμήμα της συνολικής αντιμετώπισης των βαρέως πασχόντων ασθενών με οξεία νεφρική βλάβη (ONB). Συνήθως προτιμώνται οι συνεχείς μέθοδοι εξωνεφρικής υποστήριξης (CRRT) αυξάνοντας σημαντικά το κόστος νοσηλείας και τις διαταραχές πηκτικότητας. Μια εναλλακτική πρόταση που συνδυάζει την κλασική αιμοκάθαρση (IHD) με τις CRRT είναι η χαμηλής απόδοσης καθημερινή αιμοκάθαρση (SLEDD).

ΣΚΟΠΟΣ: Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας, του κόστους και της ασφάλειας της εφαρμογής της SLEDD από το νοσηλευτικό προσωπικό της MTN στην αντιμετώπιση ασθενών με ONB στη ΜΕΘ του Νοσοκομείου μας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήσαμε την πορεία 315 συνεδριών SLEDD τους τελευταίους 18 μήνες σε 44 άτομα,. Η διαχείριση της συνεδρίας ανήκει αποκλειστικά στο νοσηλευτικό προσωπικό της MTN με σημαντική επιβάρυνση του εργασιακού φόρτου (5 επιπλέον ώρες την ημέρα). Η διάρκεια της συνεδρίας υπολογίζεται σε 8 ώρες με μέση ροή αίματος $Q_b=200\text{ml/min}$ και διάλυματος $Q_d=300\text{ml/min}$. Χρησιμοποιήθηκε πολυσουλφόνη χαμηλής διαπερατότητας, επιφάνειας 1.3m^2 , που αλλαζόταν στο μέσο της συνεδρίας. Σε κανένα ασθενή δεν χορηγήθηκε αντιπηκτική αγωγή, αλλά γίνονταν εκπλύσεις του κυκλώματος ανά ώρα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της ουρίας ($p<0.0001$) και κρεατινίνης ($p<0.0001$). Παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση της ΑΠ μετά το τέλος των συνεδριών ($p<0.0001$), παρά την αναγκαία αφυδάτωσή τους. Καταγράφηκαν μόνο 33 περιπτώσεις (10.5%) θρομβώσεως φίλτρων που συνήθως συνδυαζόταν με προβλήματα της αγγειακής προσπέλασης. Το κόστος της συνεδρίας δεν υπερέβαινε τα 100 ευρώ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η SLEDD μπορεί να αποτελέσει την χρυσή τομή μεταξύ της IHD και των CRRT σε ό,τι αφορά στην απόδοση, αιμοδυναμική σταθερότητα, χρήση αντιπηκτικών και κόστος αντιμετώπισης των ασθενών με ONB στις ΜΕΘ. Συγχρόνως επιφέρει αύξηση των ωρών εργασίας για το νοσηλευτικό προσωπικό της MTN που πρέπει να διαχειριστεί κατάλληλα.



23. ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ (ΟΝΒ) ΣΤΙΣ ΜΕΘ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Μ. Τσέκλημα, Α. Τζέρμπου, Ε. Κέγκου, Ε. Τσιόλκα, Δ. Θώμου, Χ. Σαββοργινάκη, Α. Γιώτη
Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα» Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

Η ΟΝΒ αποτελεί μια από τις συχνότερες επιπλοκές ασθενειών σε ΜΕΘ με υψηλή θνητότητα που χρήζει τη συνδυασμένη συμβολή ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των ΜΤΝ και ΜΕΘ.

ΣΚΟΠΟΣ: Εκτίμηση του ρόλου του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση της ΟΝΒ σε ΜΕΘ της Ελλάδας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Πραγματοποιήθηκε μια προοπτική μελέτη καταγραφής της έκβασης περιστατικών ΟΝΒ σε ΜΕΘ διάρκειας 3 μηνών με χρήση ερωτηματολογίου που προτάθηκε σε όλα τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα της Ελλάδας που διαθέτουν ΜΕΘ και ΜΤΝ. Η καταγραφή αφορούσε επίσης στοιχεία των μεθόδων αντιμετώπισης των ασθενών και του τρόπου διαχείρισης της εξωνεφρικής κάθαρσης(ΕΚ).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά 22 ΜΕΘ (65% των ΜΕΘ της Ελλάδας) συμμετείχαν στη μελέτη. Εκατον εβδομήντα ασθενείς (15.8% των ασθενών), παρουσίασαν ΟΝΒ κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στις ΜΕΘ. Η πλειοψηφία αυτών ήταν άνδρες με μέση ηλικία 72 έτη (εύρος 15-98), ενώ η συχνότερη αιτία ΟΝΒ ήταν η σήψη (45.3%).

Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με ΟΝΒ (55%) χρειάστηκαν ΑΚ κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους και από αυτούς οι περισσότεροι (87%) αντιμετωπίστηκαν με συνεχείς μεθόδους (κυρίως CVVHDF, 54%). Η συνταγογράφηση της συνεδρίας έγινε από ιατρούς της ΜΕΘ σε ποσοστό 70.3%. Η διαχείριση της συνεδρίας έγινε σε ποσοστό 15.4% από νοσηλευτικό προσωπικό ΜΤΝ, 69.2% από νοσηλευτικό προσωπικό ΜΕΘ, σε συνεργασία των 2 τμημάτων σε ποσοστό 11% και από ιατρικό προσωπικό ΜΕΘ σε 4.4%. Σε κανένα Νοσοκομείο δεν διαπιστώθηκε η ύπαρξη θεσμικού πλαισίου οριοθέτησης της Νοσηλευτικής παρέμβασης στον τρόπο αντιμετώπισης αυτών των ασθενών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συμμετοχή των νοσηλευτών νεφρολογίας στην αντιμετώπιση των ασθενών που χρήζουν ΑΚ στις ΜΕΘ της Ελλάδας είναι ιδιαίτερα περιορισμένη και χωρίς καθορισμένη θεσμική κατοχύρωση.



24. ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΗ ΜΕΘ

Ε. Γεωργιάδου, Ε. Κοσμίδου

Μ.Ε.Θ., Γ.Ν. «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκης

Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια Ο.Ν.Α. είναι η αιφνίδια έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας (αιφνίδια ελάττωση της σπειραματικής διήθησης) με αποτέλεσμα την άθροιση τοξικών ουσιών, την εμφάνιση διαταραχών του ισοζυγίου του νερού, των ηλεκτρολυτών και της οξεοβασικής ισορροπίας. Ανάλογα με το επίπεδο της βλάβης όπου εμφανίζεται η διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας η Ο.Ν.Α περιγράφεται ως:

- Προνεφρική: όταν το αίτιο βρίσκεται πριν τους νεφρούς
- Νεφρική: όταν το αίτιο βρίσκεται στους νεφρούς
- Μετανεφρική: όταν το αίτιο βρίσκεται μετά τους νεφρούς

Η εμφάνιση Ο.Ν.Α. στον πολυπαραγοντικό ασθενή της Μ.Ε.Θ. δεν είναι ασυνήθης. Υπολογίζεται ότι το 5% – 35% των βαρέως πασχόντων ασθενών που υποστηρίζονται με μηχανική αναπνοή, θα εμφανίσει σε κάποια φάση της νοσηλείας του σημαντικό βαθμού Ο.Ν.Α., που αποτελεί επιβαρυντικό προγνωστικό παράγοντα και σχετίζεται με θνητότητα που ξεπερνά το 20% – 50%.

Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης Ο.Ν.Α. στους ασθενείς της Μ.Ε.Θ. είναι:

- Απώλεια υγρών: αιμορραγία, διάρροια, κατάχρηση διουρητικών
- Παρατεταμένη υπόταση
- Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια
- Χορήγηση νεφροτοξικών φαρμάκων
- Σήψη και σηπτική καταπληξία
- Χρήση σκιαγραφικών ουσιών
- Μηχανική αναπνοή
- Προϋπάρχουσα νεφρική νόσος
- Πρόσφατες καρδιαγγειακές επεμβάσεις
- Συνύπαρξη έκπτωσης λειτουργίας και άλλων οργάνων (MODS/MOFS)
- Ηπατική ανεπάρκεια
- Συνδυασμός των παραπάνω

Η αντιμετώπιση της νεφρικής ανεπάρκειας στη Μ.Ε.Θ. αποτελεί σύνθετο πρόβλημα.

Η επιλογή της θεραπείας θα πρέπει να γίνει με βάση τις ανάγκες του αρρώστου, το επιθυμητό αποτέλεσμα και τα διαθέσιμα μέσα (εξοπλισμός, εμπειρία προσωπικού). Η αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας μπορεί να αφορά

Αιμοκάθαρση (Hemodialysis, HD)

Αιμοδιήθηση (Hemofiltration, HF)

Αιμοδιαδιήθηση (Hemodiafiltration, HDF)

ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΗ ΜΕΘ (ΣΥΝΕΛ) είναι:

- Πνευμονικό οίδημα που δεν απαντά στα διουρητικά
- Βαριά μεταβολική οξέωση (PH <7.10)
- Σοβαρή αζωθαιμία (ουρία > 30 mmol/l)
- Υπερκαλιαιμία (K> 6,5 mEq/l, γρήγορη αύξηση K)



- Υπόνοια ουραιμικής προσβολής οργάνου
- Έντονος υπερκαταβολισμός
- Δηλητηρίαση με υδατοδιαλυτή ουσία
- Ανάγκη χορήγησης μεγάλου όγκου υγρών και ελαττωμένη διούρηση
- Διαταραχές πήξης που απαιτούν χορήγηση μεγάλου όγκου παραγώγων αίματος σε ασθενείς με κίνδυνο πνευμονικού οιδήματος-ARDS.

Αν και δεν υπάρχει καταληκτικό συμπέρασμα στη βιβλιογραφία για το ποια μέθοδος εξωνεφρικής κάθαρσης έχει ευνοϊκότερη επίδραση στην επιβίωση και την έκβαση της νεφρικής λειτουργίας, τα τελευταία χρόνια διαμορφώνεται μια τάση για προτίμηση των τεχνικών συνεχούς υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας στους ασθενείς της Μ.Ε.Θ, λόγω των παρακάτω πλεονεκτημάτων.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΣΥΝΕΛ ΣΤΟΥΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΤΗΣ Μ.Ε.Θ.:

- Εξασφάλιση αιμοδυναμικής σταθερότητας
- Συνεχής και αποτελεσματικός έλεγχος του όγκου ανεξάρτητα από το ποσό των χορηγούμενων υγρών
- Ελεύθερη χορήγηση θρεπτικών ουσιών, χωρίς περιορισμό πρωτεϊνών
- Έλεγχος ουρίας, καλίου, φωσφόρου, ανεξάρτητα από το βαθμό υπερκαταβολισμού
- Σταθερός, συνεχής έλεγχος ουρίας, καλίου, οξέωσης
- Σχετικά σταθερή ωσμωτική πίεση
- Μη επιδείνωση της ενδοκράνιας υπέρτασης
- Απλή τεχνική

ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΣΥΝΕΛ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ.

- Άρρωστος με κριτήρια έναρξης της
- Αγγειακή προσπέλαση καθετήρα διπλού αυλού σε κεντρική φλέβα
- Κατάλληλο μηχάνημα και αναλώσιμα υλικά φίλτρα, διαλύματα κλπ
- Εκπαιδευμένο προσωπικό που μπορεί να τα χειριστεί

ΑΓΓΕΙΑΚΟΙ ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ ΓΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΥΝΕΛ

Η τοποθέτηση του κεντρικού φλεβικού καθετήρα διπλού αυλού σηματοδοτεί ουσιαστικά την έναρξη της διαδικασίας ΣΥΝΕΛ. Στην επιλογή του σημείου εισαγωγής του καθετήρα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν το ιστορικό του ασθενούς (διαβήτης, ύπαρξη τραύματος, διαταραχές πήξης κ.λπ.) και το ενδεχόμενο της μετάπτωσης της Ο.Ν.Α. σε χρόνια (Χ.Ν.Α).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΘΗΤΗΡΑ

- Διατήρηση σωστής γωνίωσης και βατότητας του αυλού για την αποφυγή συχνών διακοπών και αλλαγών φίλτρου.
- Ηπαρινισμός καθετήρα όταν δεν χρησιμοποιείται
- Πριν την έναρξη συνεδρίας, αναρρόφηση του διαλύματος ηπαρίνης
- Κατά την διάρκεια της ΣΥΝΕΛ περιοδική έκπλυση του καθετήρα με ηπαρινισμένο ή όχι φυσιολογικό ορό.
- Περιποίηση του δέρματος στην περιοχή εισόδου του καθετήρα για αποφυγή μολύνσεων.

ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ

Η χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής κατά την εφαρμογή μεθόδων ΣΥΝΕΛ είναι απαραίτητη λόγω της



παρατεταμένης εξωσωματικής κυκλοφορίας και της πιθανότητας δημιουργίας τοιχωματικών θρόμβων.

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ (MONITORING) ΤΗΣ ΣΥΝΕΛ

Η ΣΥΝΕΛ εφαρμόζεται σε 24ωρη βάση και περιλαμβάνει τη συστηματική παρακολούθηση: της ομαλής λειτουργίας του μηχανήματος της κλινικής κατάστασης και των εργαστηριακών παραμέτρων του αρρώστου της αποτελεσματικότητας της θεραπείας

ΣΤΑΔΙΑΚΗ ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗ (WEANING) ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΝΕΛ

Προτείνεται η παρακάτω τακτική

Έκλειψη των λόγων έναρξης ΣΥΝΕΛ

Ωριαία διούρηση $> 1 - 1,5 \text{ ml/kg/h}$ για 24 ώρες

Δυνατότητα διατήρησης του ισοζυγίου υγρών και της ομοίωστασης με το υπάρχον ποσόν ούρων

Σταδιακή βελτίωση της κλινικής κατάστασης που προκάλεσε την Ο.Ν.Α.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις συνιστάται διακοπή της ΣΥΝΕΛ και παραμονή του καθετήρα διπλού αυλού (24h έως 72h) για να επανεξεταστεί άμεσα το θέμα υποστήριξης της νεφρικής λειτουργίας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΥΝΕΛ

1. Προβλήματα λειτουργίας του κυκλώματος. Πρέπει να εξασφαλίζεται, τακτικό service μηχανήματος, καλή βατότητα γραμμής, εκπαίδευση του προσωπικού στους χειρισμούς.
2. Μεταφορά, αποθήκευση, διαθεσιμότητα δίπλα στον άρρωστο, των υλικών που συνήθως έχουν μεγάλο όγκο και βάρος.
3. Χωροταξική κατανομή μηχανημάτων, υλικών δίπλα στον άρρωστο. Να υπάρχει πάντα διαθέσιμος χώρος για πιθανές επείγουσες παρεμβάσεις
4. Περιποίηση του αρρώστου στη διάρκεια ΣΥΝΕΛ
5. Τήρηση κανόνων αντισηψίας κατά τους χειρισμούς.

Να υπάρχει πάντα φύλλο – διάγραμμα για τη ΣΥΝΕΛ όπου να καταγράφονται ο λόγος έναρξης, ο τύπος, οι ροές και οι μεταβολές τους, το είδος και η δόση του αντιπηκτικού, οι εργαστηριακές τιμές του ημερήσιου monitoring.

ΠΙΘΑΝΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΥΝΕΛ

- Αιμορραγία
- Υποθερμία
- Αγγειακή θρόμβωση ή αιμάτωμα
- Μη εκλεκτική απομάκρυνση φαρμάκων, θρεπτικών ουσιών και πιθανά αντιφλεγμονωδών διαβιβαστών
- Υποφωσφαταιμία

Συχνή πήξη στο φίλτρο με αποτέλεσμα απώλεια αίματος, αύξηση φόρτου εργασίας και ελάττωση αποτελεσματικής θεραπείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Νεότερες τεχνικές, όπως οι μέθοδοι ΣΥΝΕΛ τείνουν να αντικαταστήσουν την τελευταία 20ετία την κλασική διαλείπουσα αιμοκάθαρση στην αντιμετώπιση των βαρέων πασχόντων ασθενών με Ο.Ν.Α., που νοσηλεύονται στη Μ.Ε.Θ. Η εφαρμογή τους παρέχει τη δυνατότητα αντιμετώπισης των ποικίλων και πολλαπλών προβλημάτων και αναγκών του βαρέως πάσχοντα ασθενή, εκπληρώνοντας έτσι τον απώτερο στόχο μας για την παροχή ποιοτικότερης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας και της καλύτερης αποκατάστασης του ασθενούς.



25. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ε. Μουσθενιώτη, Ν. Νικηφορίδου, Δ. Μείμαρογλου

Τμήμα Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν. Καβάλας

Η μεταμόσχευση νεφρού θεωρείται θεραπεία εκλογής για τους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Από την πρώτη μεταμόσχευση, στη δεκαετία του 50' η πρόοδος στις αντί-απορριπτικές θεραπείες, στις χειρουργικές τεχνικές και στη συμβατότητα των ιστών, έχουν βοηθήσει στο να εξελιχθεί η μεταμόσχευση από μία πειραματική διαδικασία, σε θεραπεία, που μπορεί να προσφέρει καλύτερη ποιότητα ζωής και αποτελεσματικής – αντάξια του κόστους – φροντίδα στους νεφροπαθείς. Μια επιτυχής μεταμόσχευση νεφρού προσφέρει στους νεφροπαθείς, ελευθερία από την μακροχρόνια κάθαρση, ελευθερία από ένα μηχάνημα, τους σάκους, τους βοηθούς, το νοσοκομείο, απελευθέρωση από τις δυσκολίες και τους περιορισμούς στα υγρά και τη διατροφή και επιστροφή σε μία σχεδόν φυσιολογική ζωή.

Αν και οι περισσότερες ερευνητικές μελέτες δείχνουν ξεκάθαρα ότι η μεταμόσχευση νεφρού προσφέρει μεγαλύτερη δυνατότητα επανένταξης και ποιότητα ζωής σε σχέση με τη κάθαρση, εντούτοις η ατομική θεώρηση και αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, επηρεάζεται από πολλές ανεξάρτητες και προσωπικές μεταβλητές.



26. Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Μ. Κουράκος¹, Θ. Καυκιά², Δ. Ζηνέλης³

¹Νοσηλεύτης MSc (c), Προϊστάμενος Μονάδας Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας, Αθήνα, ²Νοσηλεύτρια MSc, PhD (c), Προϊσταμένη Αναισθησιολογικού Τμήματος, 2ο Νοσοκομείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, Θεσσαλονίκη, ³Ιατρός, Παθολόγος, 2ο Πολυιατρείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η διατροφή μετά τη μεταμόσχευση (Τx), αν και είναι πολύ πιο ελαστική και εύκολη από αυτή που ακολουθείται κατά την αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση, εξακολουθεί να παίζει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της πορείας του ασθενή.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των νέων δεδομένων για τις διατροφική αγωγή των ατόμων που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού.

Ανασκόπηση βιβλιογραφίας: Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η διατροφή στοχεύει στην πρόληψη και αντιμετώπιση διαταραχών του μεταβολισμού, αλλά και νοσημάτων που είναι πιθανό να εμφανιστούν κατά τη μετεγχειρητική περίοδο. Η διατροφή επηρεάζεται από τη φαρμακευτική αγωγή (στεροειδή, κυκλοσπορίνη) που ακολουθεί ο μεταμοσχευμένος, η οποία είναι απαραίτητη για την επιβίωση του μοσχεύματος. Μεγάλη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην πρόσληψη υπερβολικού σωματικού βάρους καθώς μετά την Τx επανέρχεται η όρεξη. Ο συχνός έλεγχος του σωματικού βάρους μειώνει τον κίνδυνο καρδιοπαθειών, σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) και αρτηριακής υπέρτασης (ΑΥ). Μετά την Τx θα πρέπει να περιορίζεται η πρόσληψη αλατιού (καθώς προκαλεί ΑΥ), να αποφεύγονται λίπη και γλυκά, να προτιμώνται λαχανικά, φρούτα, άπαχο κρέας, γαλακτοκομικά χαμηλά σε λιπαρά, πρωτεΐνες που βοηθούν στον αναβολισμό και την επώλωση των χειρουργικών τραυμάτων και σύνθετοι υδατάνθρακες (ζυμαρικά, ψωμί, όσπρια). Οι μεταμοσχευμένοι είναι επιρρεπείς σε απώλεια οστικής μάζας, λόγω της φαρμακευτικής αγωγής που ακολουθούν. Έτσι, εκτός από γαλακτομικά είναι πιθανό να χρειαστούν συμπληρώματα ασβεστίου, φωσφόρου και βιταμίνης D. Σε κάποιες περιπτώσεις μη άμμεσης λειτουργίας του μοσχεύματος ο ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει ότι είναι πιθανό να ακολουθήσει δίαιτα νεφροπάθειας για λίγο καιρό.

Συμπεράσματα: Ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο προσαρμοσμένο στις θερμιδικές ανάγκες και στον τρόπο ζωής του κάθε ατόμου, καθώς και άσκηση είναι απαραίτητα. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός στην ενημέρωση του μεταμοσχευμένου πάνω σε θέματα διατροφής, καθώς αναπτύσσει μαζί του μια βαθύτερη και ουσιαστικότερη σχέση.



27. ΑΝΟΣΟΠΡΟΣΡΟΦΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΜΕ ΑΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑ ΟΜΑΔΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ

Μ. Γεωργούλα¹, Γ. Παναγιωτοπούλου¹, Ο. Παπαγεωργίου¹, Μ. Ψιλοπούλου¹,
Π. Σκορδαλού²

¹Τ.Ε. Νοσηλεύτριες Μονάδας Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», ²Προϊστάμενη Μονάδας Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η 13 Ιουνίου 2005 είναι ημερομηνία σταθμός στην Ελλάδα στον τομέα της μεταμόσχευσης νεφρού. Δίνεται η ευκαιρία στους νεφροπαθείς να υποβληθούν σε μεταμόσχευση λαμβάνοντας μόσχευμα από ζώντα συγγενή δότη με ασύμβατη ομάδα αίματος δίχως να περιμένουν στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση από αποβιώσαντα δότη.

ΣΚΟΠΟΣ: Αναφορά ποσοστών επιτυχίας της ανοσοπροσρόφησης και των επιπλοκών της καθώς και η έκβαση της μεταμόσχευσης.

ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΣ: Από τις 13/06/2005 έως 1/2/2010 συγκεντρώθηκαν τα στοιχεία από τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση από ασύμβατο δότη η οποία έλαβε χώρα στο Γ.Ν.Α «Λαϊκό». Για την προετοιμασία της μεταμόσχευσης πραγματοποιήθηκαν συνεδρίες ανοσοπροσρόφησης με ειδικό φίλτρο προσρόφησης αντιγόνου anti-A ή anti-B ανάλογα με την ομάδα του δότη σύμφωνα με το πρωτόκολλο της Σουηδίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά την διάρκεια της μελέτης (4.5 χρόνια) συγκεντρώσαμε 31 ασθενείς. Οι ασθενείς ήταν ηλικίας από 18 έως 58ετών με ΧΝΝ τελικού σταδίου υπο τεχνητό νεφρό και υπό περιτοναϊκή κάθαρση. Σε Οκτώ από αυτούς δεν επιτεύχθηκε πτώση στους τίτλους των αντισωμάτων έναντι της ομάδα αίματος με αποτέλεσμα να μην μπορέσουν να μεταμοσχευτούν. Οι συχνότερες επιπλοκές που παρουσίασαν κατά την ανοσοπροσρόφηση ήταν δυσφορία, αίσθημα καύσου και υπόταση. Η επιβίωση του μοσχεύματος στον πρώτο χρόνο είναι 100%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μέθοδος μπορεί να βρίσκεται στα αρχικά της βήματα και να μην έχουμε μακροχρόνια αποτελέσματα παρ' όλα αυτά τα μέχρι τώρα αποτελέσματα είναι εντυπωσιακά. Η μεταμόσχευση με ασύμβατοτητα ομάδας αίματος μόσχευμα δείχνει να κερδίζει έδαφος συνεχώς καθώς έχουν εφάμιλλα αποτελέσματα με τις μεταμοσχεύσεις με συμβατή ομάδα αίματος.



28. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΤΟΝ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΘΕΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟ KLEBSIELLA PNEUMONIAE ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Μ. Καπερώνη¹, Β. Λαγκάζαλη², Ε. Τσοπάνογλου³, Β. Πέντσιογλου¹

¹ΝΕΛ Επιτροπής λοιμώξεων, ²Προϊσταμένη Χειρουργικής Κλινικής Μεταμοσχεύσεων, ³Νοσηλεύτρια Χειρουργικής κλινικής μεταμοσχεύσεων, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο»

Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις από ανθεκτικά παθογόνα, αποτελούν μείζον πρόβλημα και παράγοντα υψηλού κινδύνου νοσηρότητας και θνητότητας σε μεταμοσχευμένους ασθενείς.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η επίδραση των μέτρων πρόληψης νοσοκομειακών λοιμώξεων, στον επιπολασμό θετικών περιστατικών από *Klebsiella pneumoniae* ανθεκτική στις καρβαπενέμες (*Klebsiella Producing Carbapenemase*) σε νοσηλευόμενους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση νεφρού.

Υλικό-Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε μία προοπτική επιδημιολογική μελέτη στο χρονικό διάστημα Φεβρουάριος-Δεκέμβριος 2009, σε χειρουργική κλινική μεταμοσχεύσεων. Μελετήθηκαν τα δεδομένα 14 ασθενών που εμφάνισαν λοίμωξη από *Klebsiella pneumoniae* σε σύνολο 51 ασθενών που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση νεφρού. Τα μέτρα πρόληψης που εφαρμόστηκαν ήταν σύμφωνα με τα κριτήρια του κέντρου ελέγχου και πρόληψης νοσημάτων.

Αποτελέσματα: Ο επιπολασμός λοιμώξεων από *Klebsiella pneumoniae* ενώ ήταν αυξημένος αρχικά, μετά την παρέμβαση με την εφαρμογή των μέτρων πρόληψης νοσοκομειακών λοιμώξεων σταδιακά μειώθηκε σημαντικά. Σημαντικός παράγοντας στη μείωση αποτέλεσε η υψηλή συμμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού στην εφαρμογή των μέτρων πρόληψης νοσοκομειακών λοιμώξεων. Επίσης σημαντικός παράγοντας ήταν η αυστηρή επιτήρηση από την επιτροπή λοιμώξεων.

Συμπεράσματα: Η πρόληψη μετάδοσης επιδημιολογικά σημαντικών παθογόνων, συμβάλει σημαντικά στον περιορισμό των λοιμώξεων σε μεταμοσχευμένους ασθενείς. Απαιτείται συντονισμένη μελλοντική έρευνα για πιο εμπειριστατωμένα αποτελέσματα.



29. ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ, ΜΕΛΕΤΗ ΕΝΟΣ ΧΡΟΝΟΥ

Ξ. Σαραντζή, Α. Παπασιμακοπούλου, Α. Αναγνωστοπούλου, Γ. Ζαββός

Μονάδα Μεταμόσχευσης Νεφρού, Γ.Ν. Αθηνών «Λαϊκό»

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να καταγράψουν όλοι οι ασθενείς που παρουσίαζαν υπεργλυκαιμία ή και σακχαρώδη διαβήτη μετά από μεταμόσχευση νεφρού και να αναγνωρίσουν όλοι οι πιθανοί παράγοντες κίνδυνου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Η μελέτη βασίστηκε σε στοιχεία των φακέλων των ασθενών. Το δείγμα περιελάμβανε όσους μεταμοσχεύτηκαν μεταξύ Μαρτίου 2008 και Μαρτίου 2009. Λάβαμε υπόψη παράγοντες όπως: φύλο, ηλικία, δείκτης μάζας σώματος, ατομικό ιστορικό, ανοσοκατασταλτική αγωγή, τύπο μεταμόσχευσης, ημέρες υπεργλυκαιμίας, αντιδιαβητική θεραπεία και follow up.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το δείγμα αποτελούν 98 ασθενείς, 63 άντρες, 35 γυναίκες. Μέσος όρος ηλικίας 47,23, με μικρότερο τα 15 και μεγαλύτερο τα 73 έτη. 42.9% των ανδρών και 57.1% των γυναικών ήταν υπέρβαροι. 64.3% έλαβαν πτωματικό μόσχευμα και 35.7% συγγενικό. Όλοι λάμβαναν τριπλό ανοσοκατασταλτικό σχήμα με στεροειδές, αντιμεταβολίτη και αναστολέα καλσινευρίνης. 90.8% λάμβαναν τακρολίμη, 9,2% κυκλοσπορίνη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 91.8% παρουσίασε υπεργλυκαιμία ($glu > 150mg/dl$). Όλοι ήταν υπεργλυκαιμικοί την 1η εβδομάδα. 76.6% συνέχισαν τη 2η, 33.3% την 3η και 24.3% καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας. 62.2% από αυτούς ήταν άνδρες και 37.8% γυναίκες. 53.1% ήταν υπέρβαροι και είχαν μέσο όρο ηλικίας τα 49.51 έτη. 63.3 % έλαβαν πτωματικό μόσχευμα και 36.7% από ζώντα δότη. 4.4% αντιμετωπίστηκαν με δίαιτα, 58,9 % με κλίμακα ινσουλίνης ταχείας δράσης και 36.7% με χορήγηση ινσουλίνης συστηματικά. 21.1% από όσους λάμβαναν ινσουλίνη συστηματικά συνέχισαν τη λήψη κατά την έξοδο και 37,9% από αυτούς συνέχισαν 3 μήνες μετά και μόνο το 9.8% συνεχίζει 6 μήνες μετά την έξοδο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Τα ευρήματα είναι μεγάλης σημασίας γιατί βοηθούν στην πρόληψη επιπλοκών, στην έκβαση των αποτελεσμάτων και της ποιότητας ζωής με τις έγκαιρες παρεμβάσεις και τροποποιήσεις στον τρόπο ζωής και στη μείωση σωματικού βάρους.



30. ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΟΤΑΝ ΤΟ «ΟΝΕΙΡΟ» ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΣΒΗΝΕΙ ΚΑΙ Η ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΙΕΖΕΙ ΑΣΦΥΚΤΙΚΑ ΠΡΟΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΣΕ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ. Ο ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΣΕ ΜΙΑ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ «ΜΟΝΟΔΡΟΜΟ»

Α. Τράντα, Β. Λαγκάζαλη, Α. Κεχαγιά

Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων Α.Π.Θ., Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μεταμόσχευση νεφρού (ΜΝ) σήμερα θεωρείται ως θεραπεία εκλογής των περισσότερων ασθενών με τελικού σταδίου νεφροπάθεια, η επιτυχία της και η διάρκεια της εξαρτάται από πολλούς παράγοντες.

Η χρόνια νεφροπάθεια του μοσχεύματος (ΧΝΜ), η οποία τα προηγούμενα χρόνια αναφερόταν και ως «χρόνια απόρριψη» τίθεται ως διάγνωση μετά από βιοψία του νεφρικού μοσχεύματος. Το σίγουρο είναι πως παρ' όλες τις προσπάθειες που θα γίνουν (θεραπευτικές, διαιτητικές τροποποιήσεις) αργά ή γρήγορα ο ασθενής θα πρέπει να επανενταχθεί σε εξωνεφρική κάθαρση. Είναι μια κατάληξη στη διαδικασία της μεταμόσχευσης εφιάλτης του πάσχοντος αλλά και του συμπάσχοντος ιατρονοσηλευτικού προσωπικού το οποίο καλείται παρ' όλη την ψυχολογική πίεση από την άρνηση του ασθενή να αποδεχθεί τη «νέα» κατάσταση, και να οργανώσει μεθοδικά το σχέδιο της επανένταξης.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ-ΣΚΟΠΟΣ: Στο μεταμοσχευτικό κέντρο του Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης την τελευταία 20ετία διεξήχθησαν εκατοντάδες μεταμοσχεύσεις νεφρού. Είναι φυσικό στην πορεία του χρόνου πολλές απ' αυτές να εξελίχθηκαν σε χρόνια νεφροπάθεια και τελικά σε απώλεια του μοσχεύματος.

Σκοπός της εργασίας αυτής δεν είναι να αποδείξει αριθμητικά την ύπαρξη και εξέλιξη της Χ.Ν.Μ. αλλά να καταγράψει το πώς συνδέονται όλοι οι παράγοντες (ανθρώπινο δυναμικό και μη) στην μη αναστρέψιμη πορεία προς της επανένταξη στον τεχνητό νεφρό ή CAPD και στο πως θα γίνει ασφαλής και ομαλή η προσαρμογή των ασθενών σ' αυτή.

Έτσι επιλέχθηκε απ' όλο το υλικό μια ομάδα 5 ληπτών νεφρικού μοσχεύματος, χρονικά πιο πρόσφατες στο σήμερα, των οποίων η σταδιακή έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας και η εμφάνιση διαφόρων συμβαβαμάτων αποτελεί αντιπροσωπευτικό δείγμα και όλων των υπολοίπων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η έγκαιρη διαπίστωση της Χ.Ν.Μ. και η σταδιοποίηση του βαθμού της δυσλειτουργίας του είναι σημαντικότερη πληροφορία ώστε πρώιμα να ξεκινήσει η προετοιμασία για μια ασφαλή και χωρίς επιπλοκές «έξοδο» του ασθενή από τη μεταμόσχευση.

Ο Νοσηλεύτης, όπως πάντοτε, βρίσκεται στην πρώτη γραμμή και καλείται να αναπτύξει όλες τις δεξιότητες του με αγάπη και αμέτρητη υπομονή ώστε να επιτύχει το καλύτερο αποτέλεσμα για τον ασθενή του που πάσχει ψυχοσωματικά (!), συμπάσχοντας κυριολεκτικά μαζί του.



31. ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ – ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΓΙΑ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Σ. Τσακαλίδου, Α. Τσάνκη

Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η έννοια της «δωρεάς» είναι διαχρονική και παγκόσμια. Σε όλες τις φιλοσοφικές σχολές και όλα τα μείζονα θρησκευτικά δόγματα η μεγαλοψυχία της δωρεάς κατέχει θέση πρωτεύουσα.

Προσφορά είναι ετυμολογικώς η ευεργετική συνεισφορά κάποιου. Όταν η συνεισφορά όμως αυτή, είναι συνώνυμη με την προσφορά ζωής σ' ένα συνάνθρωπο, η ετυμολογική έννοια της λέξης αυτής, απαιτεί τεράστιες διαστάσεις προσωπικού μεγαλείου. Αυτό το μεγαλείο το εκφράζουν καλύτερα αυτοί που βίωσαν τη θυσία της προσφοράς.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει τη διαδικασία από τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου μέχρι την εξεύρεση κατάλληλου λήπτη μοσχεύματος και τελικά τη μεταμόσχευση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι μεταμοσχεύσεις οργάνων σε ολόκληρο τον κόσμο, θεωρούνται ως μία από τις πρωτοπορίες της Ιατρικής και ο εγκεφαλικός θάνατος, αναμφίβολα αποτελεί τον στυλοβάτη τους, αφού η πλειονότητα των μεταμοσχευμένων οργάνων προέρχεται από άτομα εγκεφαλικά νεκρά.

Η Ελληνική νομοθεσία ορίζει στο άρθρο 7 κ. 5 του Ν.1383/83 αξιόπιστα κριτήρια διάγνωσης του θανάτου τα οποία είναι κλινικά και εργαστηριακά, ανεξάρτητα από το αν θα επακολουθήσει από τον νεκρό αφαίρεση οργάνων για μεταμόσχευση. Το μητρώο δωρητών οργάνων που τηρείται από το 2001 σύμφωνα με το νόμο 2737 από τον ΕΟΜ, αποτελεί δείκτη της αποδοχής της ιδέας της Δωρεάς Οργάνων από τους πολίτες στη χώρα μας. Η συνεργασία νεφρολογικών τμημάτων, μονάδων τεχνητού νεφρού, ανοσολογικού εργαστηρίου και μεταμοσχευτικών κέντρων για την ανεύρεση κατάλληλου λήπτη νεφρικού μοσχεύματος, η οποία πολλές φορές αποδεικνύεται επίπονη και πολύωρη, είναι εξαιρετικά σημαντικό να είναι πολύ καλή προκειμένου να βρεθεί ο καταλληλότερος λήπτης.



32. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Θ. Καυκιά¹, Κ. Vehrilainen-Julkunen², Δ. Σαπουντζή-Κρέπια³

¹Νοσηλεύτρια MSc, PhD (c), Προϊσταμένη Αναισθησιολογικού Τμήματος, ²Νοσοκομείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, Θεσσαλονίκη, ³Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικών Σπουδών, Eastern Finland University, Kuopio, Φιλανδία, ³Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Frederick University, Κύπρος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι αιμοκαθαιρόμενοι είναι συχνοί χρήστες υπηρεσιών υγείας και συχνά βιώνουν πόνο. Ο επανεμφανιζόμενος πόνος από την παρακέντηση, τις μυϊκές κράμπες και τους πονοκεφάλους κατά την αιμοκάθαρση θεωρείται χρόνιος πόνος από πολλούς. Ο οξύς πόνος μπορεί να προκληθεί από ποικίλες χειρουργικές παρεμβάσεις. Η ανταπόκριση στην αντιμετώπιση του πόνου εξαρτάται περισσότερο από σωματικούς, συναισθηματικούς, πνευματικούς και οικονομικούς παράγοντες παρά από την ένταση των αναλγητικών ή τις διάφορες άλλες μεθόδους.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης αποτελεί η αξιολόγηση του πόνου των ατόμων που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και η διερεύνηση τρόπων αντιμετώπισης.

Δείγμα-Μέθοδος: Η πιλοτική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε γενικό νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης, με ανώνυμη συνέντευξη χρησιμοποιώντας την Οπτική Αναλογική Κλίμακα (VAS), την Κλίμακα πόνου των Wong-Baker (WBS) και το Ερωτηματολόγιο Πόνου McGill. Αποκλείστηκαν άτομα σε σύγχυση ή κωματώδη κατάσταση, με προβλήματα ακοής ή όρασης και αδυναμία να επικοινωνήσουν στα Ελληνικά.

Αποτελέσματα: Το δείγμα είχε μέση ηλικία 70.72 (± 12.36) έτη και το 64.2% ήταν άνδρες. Οι μετρήσεις με τις κλίμακες WBS και VAS έδειξαν ότι το 27.69% του δείγματος βαθμολογεί τον πόνο ως 6/10. Το 46.15% εντοπίζει τον εσωτερικό πόνο στα πόδια. Ο πόνος που νιώθει χαρακτηρίζεται ως: τρύπημα (47.69%), κοφτερός (38.46%), δάγκωμα (40%), κάψιμο (61.54%), ερεθισμός (40%), εξάντληση 47.69%), αγωνιώδης (38.46%). Ο τύπος του πόνου χαρακτηρίζεται ως συνεχής (56.92%), περιοδικός (63.08%) και ρυθμικός (80%).

Συμπέρασμα: Καθώς οι νεφρολογικοί ασθενείς είναι μια συνεχώς αυξανόμενη ομάδα χρηστών υπηρεσιών υγείας και ο πόνος επηρεάζει όλες τις εκφάνσεις της καθημερινότητάς τους, είναι σημαντικό να εξατομικεύεται η αξιολόγησή του και να παρέχεται βοήθεια στους κλινικούς νοσηλευτές για περαιτέρω εκπαίδευση και αντιμετώπισή του.



33. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΣΕ ΕΝΑ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Α. Γιοντζής¹, Ε. Κοθρά², Γ. Μπατζιογιώργος³

¹ΠΕ Νοσηλεύτης, MSc Management Υπηρεσιών Υγείας, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Τρικάλων,

²Υγιεινολόγος, τελειόφοιτη του Μεταπτυχιακού προγράμματος «Δημόσια Υγεία» της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Γ.Ν. Τρικάλων, ³ΤΕ Νοσηλεύτης, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Τρικάλων

Οι νεφροπαθείς αποτελούν μια ειδική κατηγορία ασθενών που χρήζουν τακτικής νοσοκομειακής περίθαλψης. Η παγκόσμια αύξηση των ασθενών που χρειάζονται αιμοκάθαρση και η τάλαιπωρία που υφίστανται όταν δεν υπάρχουν οι κατάλληλες δομές για να εξυπηρετηθούν στην περιοχή τους, καθιστούν αναγκαία τη δημιουργία Μονάδας Τεχνητού Νεφρού σε ένα επαρχιακό νοσοκομείο.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάδειξη της αναγκαιότητας δημιουργίας μιας οργανωμένης Μ.Τ.Ν. σε ένα επαρχιακό νοσοκομείο καθώς και η περιγραφή της αλληλουχίας των ενεργειών για την υλοποίηση της απόφασης δημιουργίας και λειτουργίας της. Περιγράφονται τα είδη και τα επίπεδα λήψης των αποφάσεων και η διαδικασία με το χρονοδιάγραμμα υλοποίησης αυτών. Ο ρόλος της ηγεσίας είναι καθοριστικός για τη δημιουργία του κατάλληλου κλίματος και την επίτευξη των επικοινωνιακών στόχων που τέθηκαν.

Επίσης εξηγείται η διαδικασία ελέγχου που θα ακολουθηθεί, τα προβλήματα που ενδεχομένως θα προκύψουν καθώς και οι απαραίτητες διορθωτικές ενέργειες που πρέπει να γίνουν ώστε να υλοποιηθούν οι αποφάσεις και να καλυφθούν οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού.



34. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΧΗΜΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΝΟΣ ΠΡΩΤΟΠΟΡΙΑΚΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ

Λ. Θεοδοσόπουλος, Α. Καραγκούνη, Ε. Σαρρής, Δ. Τόπκα

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γ.Ν. Δυτικής Αττικής, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδες αιμοκάθαρσης εκτίθενται καθημερινά σε πληθώρα χημικών ουσιών. Από τα μέχρι τώρα βιβλιογραφικά δεδομένα προκύπτει ότι για πολλές από αυτές δεν έχουν καθοριστεί τα επαγγελματικά όρια έκθεσης, αλλά ούτε και οι επιπτώσεις στην υγεία των εργαζομένων. Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να εκτιμηθεί ο κίνδυνος από την έκθεση των εργαζομένων νοσηλευτών στους χημικούς παράγοντες ανάλογα με την τοξική δράση τους, το χρόνο έκθεσης και τις συνθήκες εργασίας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μετά την καταγραφή των χημικών ουσιών που χρησιμοποιούνται στη μονάδα, βρέθηκε για το κάθε προϊόν το φύλλο δεδομένων ασφαλείας που το συνοδεύει. Στη συνέχεια, με τη χρήση του εργαλείου COSHH- Essentials HSE (Control of Substances Hazardous to Health Regulations) έγινε εκτίμηση του επιπέδου επικινδυνότητας του κάθε χημικού προϊόντος. Η ανάλυση με τη χρήση του παραπάνω εργαλείου κατατάσσει τις χημικές ουσίες σε τέσσερα επίπεδα επικινδυνότητας όπου το 1 αντιστοιχεί σε χαμηλό επίπεδο επικινδυνότητας και το 4 στο υψηλότερο επίπεδο επικινδυνότητας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 18 προϊόντα αξιολογήθηκαν ως προς τον χημικό κίνδυνο που εμπεριέχει η χρήση τους. 15 από αυτά χρησιμοποιούνται καθημερινά κατά τη διάρκεια μιας βάρδιας, ενώ για 3 από αυτά η εκτίμηση έγινε υπό συνθήκες υποθετικού ατυχήματος. Μετά την ανάλυση με τη χρήση του εργαλείου COSHH- Essentials HSE βρέθηκε ότι 11 από τα 15 προϊόντα ανήκαν στην κατηγορία επικινδυνότητας 1 και 4 στην κατηγορία 2. Για την περίπτωση υποθετικού ατυχήματος, 2 από τις 3 ουσίες ανήκαν στην κατηγορία 1 ενώ μία ουσία στην κατηγορία 3.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εκτίμηση του χημικού κινδύνου που διατρέχουν οι νοσηλευτές των μονάδων αιμοκάθαρσης αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη λήψη κατάλληλων μέτρων με στόχο τη διασφάλιση της υγείας τους.



35. Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΡΡΙΜΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

Κ. Αυγέρη, Κ. Αντωνίου

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο «Αρεταίειο»

Η ασφαλής διαχείριση των απορριμμάτων από Μονάδες Αιμοκάθαρσης, αποτελεί τόσο για τα Ελληνικά, όσο και για τα διεθνή δεδομένα ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα. Το πρόβλημα δυστυχώς έχει οξυνθεί τα τελευταία χρόνια, λόγω της εμφάνισης νέων μολυσματικών ασθενειών, που επιτείνει την ανάγκη της πρόληψης μέσω της αποτελεσματικής διαχείρισης των απορριμμάτων της αιμοκάθαρσης.

Ο σκοπός της διαχείρισης των απορριμμάτων αιμοκάθαρσης είναι:

Να προστατεύσει τους ασθενείς, αλλά και τους ανθρώπους που χειρίζονται τα στοιχεία των απορριμμάτων από τυχαίο τραυματισμό.

Να αποτρέψει τη μετάδοση της μόλυνσης στους εργαζόμενους υγειονομικής περιθαλψης που τα χειρίζονται (λοιμώδη νοσήματα κ.λπ.).

Να αποτρέψει τη μετάδοση της μόλυνσης στην κοινότητα.

Να προστατεύσει την δημόσια υγεία κ.α..

Κίνδυνο από την μη ασφαλή διαχείριση των απορριμμάτων διατρέχουν:

Το ιατρονοσηλευτικό, βοηθητικό και προσωπικό τεχνικής υπηρεσίας

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού

Οι συνοδοί των ασθενών

Οι εργαζόμενοι στις εγκαταστάσεις διάθεσης απορριμμάτων

Οι εργαζόμενοι στο τμήμα καθαριότητας

Η διαχείριση των απορριμμάτων της αιμοκάθαρσης περιλαμβάνει:

Α) Το διαχωρισμό των απορριμμάτων με τα χαρακτηριστικά τους στη θέση παραγωγής τους:

- Υλικά υψηλού κινδύνου μετάδοσης λοιμώξεων: γραμμές, φίλτρα που περιέχουν αίμα, διάφορα μολυσματικά υλικά όπως: γάντια, βελόνες, σύριγγες, γάζες κα
- Επικίνδυνα, αλλά χωρίς κίνδυνο μετάδοσης λοιμώξεων: χημικές ουσίες αποστείρωσης, διαλύματα κα. που δεν έχουν έρθει σε επαφή με μολυσμένα βιολογικά υγρά.
- Πλαστικά υλικά συσκευασίας: πλαστικά στα οποία περιέχονται τα αναλώσιμα υλικά της αιμοκάθαρσης (μπιτόνια διαλυμάτων, αποστειρωτικών υγρών, φύσιγγες διαλυμάτων κλπ), τα οποία στις περισσότερες περιπτώσεις δεν είναι ανακυκλώσιμα και επομένως υπάρχει περαιτέρω επιβάρυνση για το περιβάλλον.

Β) Την συλλογή τους

Γ) Την μεταφορά τους από τις θέσεις συλλογής σε χώρους επεξεργασίας ή και προσωρινής αποθήκευσής τους

Δ) Την προσωρινή αποθήκευσή τους

Ε) Την επεξεργασία τους

ΣΤ) Την τελική διάθεσή τους

Ενώ, η προσοχή και η ευαισθητοποίηση για τα απορρίμματα της αιμοκάθαρσης είναι πραγματικότητα, το πρόβλημα παραμένει σοβαρό, όσον αφορά τα απορρίμματα των ασθενών που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση ή αιμοκάθαρση κατ' οίκον.

Τέλος, στην Μονάδα μας ακολουθούμε τις οδηγίες της Επιτροπής Ενδοноσοκομειακών Λοιμώξεων του Νοσοκομείου μας, που συμβαδίζει με τις οδηγίες της Ελληνικής Νομοθεσίας.



36. ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ

A. Καρβούνη¹, T.N. Σδράλιας²

¹Νοσηλεύτρια T.E., Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν. Βόλου, ²Νοσηλεύτης T.E., Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν. Βόλου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο κλάδος της υγείας απασχολεί μεγάλο μέρος του εργατικού δυναμικού της χώρας. Η ιδιομορφία της παροχής κοινωνικών υπηρεσιών και η άμεση σχέση με βιολογικούς κινδύνους, λόγω της φύσης της εργασίας, αλλά και με το σύνολο σχεδόν των βλαπτικών παραγόντων, που είναι δυνατόν να υπάρχουν στο εργασιακό περιβάλλον, καθιστά το ενδιαφέρον για την υγεία και την ασφάλεια των υγειονομικών εργαζομένων ζήτημα άμεσης προτεραιότητας. Η επίδραση των παραπάνω παραγόντων στην υγεία των εργαζομένων έχει έμμεσα σοβαρές συνέπειες στην υγεία και τη ζωή των πολιτών της χώρας που αναζητούν υγειονομικές υπηρεσίες.

ΣΚΟΠΟΣ: Αυτή η μελέτη επικεντρώθηκε στον προσδιορισμό και στη χαρτογράφηση των βλαπτικών εργασιακών παραγόντων στο πολύμορφο εργασιακό περιβάλλον της μονάδας εξωνεφρικής κάθαρσης του Νοσοκομείου Βόλου, αλλά και στη διερεύνηση των επιπτώσεων τους στην υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στα 25 μέλη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού της μονάδας τεχνητού νεφρού. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν στην διάρκεια ενός μήνα (Φεβρουάριος 2010). Για την καταγραφή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο για τον εντοπισμό και τον προσδιορισμό των κινδύνων στους χώρους της μονάδας τεχνητού νεφρού. Ταυτόχρονα, πραγματοποιήθηκε και κριτική ανασκόπηση. Πηγή συλλογής υλικού ήταν η μηχανή αναζήτησης GOOGLE και βιβλιογραφικές παραπομπές. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα, βάσει κριτηρίων, δημοσιευμένα άρθρα και συγγράμματα που ήταν σχετικά και αφορούσαν γενικά και ειδικά τους κινδύνους και τα προληπτικά μέτρα σε χώρους των νοσοκομείων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι μια σύνθετη δομή που χαρακτηρίζεται από μεγάλη ποικιλία εργασιακών δραστηριοτήτων από ένα υψηλό επίπεδο τεχνολογικών εφαρμογών, καθώς επίσης και από μία σύνθετη οργάνωση εργασίας σαφώς καθορισμένη. Στο πολύμορφο εργασιακό περιβάλλον της μονάδας εντοπίστηκαν οι κίνδυνοι σε τέτοιο βαθμό, ώστε μπορούσαν να προκαλέσουν βλάβη στην υγεία των εργαζομένων. Το προσωπικό περιέγραψε κατά πόσο εκτέθηκε, αντιμετώπισε ή βίωσε τους διάφορους κινδύνους (φυσικούς, χημικούς, βιολογικούς, εργονομικούς, οργανωτικούς, ψυχολογικούς) που το απέσπασε από τη κύρια εργασία του και αφορούσαν την ασφάλεια του και την υγεία του. Τα στοιχεία της έρευνας προκύπτουν από την μαρτυρία των εργαζομένων της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού του Νοσοκομείου Βόλου και δεν ταυτίζονται με συμπεράσματα εργαστηριακής ή ιατρικής έρευνας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της μελέτης υποστηρίζουν την ύπαρξη πολλαπλών βλαπτικών παραγόντων για το προσωπικό της μονάδας. Για αυτό, επιτακτική ανάγκη αποτελεί η εφαρμογή απαιτητών μέτρων για την φροντίδα των εργαζομένων της μονάδας. Η πρόληψη στοχεύει στην αποφυγή εμφάνισης επαγγελματικών ασθενειών ή βλαβών υγείας. Διακρίνεται σε τρία επίπεδα (πρωτογενής, δευτερογενής, τριτογενής) και στοχεύει στην προαγωγή της ευημερίας του προσωπικού, των επισκεπτών και των συνεργατών της μονάδας, καθώς και στην εμπέδωση της συνεργασίας όλων των εμπλεκόμενων μερών. Τέλος, η ενημέρωση και η εκπαίδευση όλων των επαγγελματιών υγείας σε ανάλογα θέματα είναι επιβεβλημένη, ώστε να αρχίσει να εφαρμόζεται η ισχύουσα νομοθεσία για να είναι ασφαλής και αποδοτική η λειτουργία του χώρου της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού.



37. Η ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΟΝΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Γ. Πουλίδα, Ε. Κοκκίνου, Α. Μπόκαρη, Α. Καραγκούνη, Ε. Σαρρής

Νεφρολογικό Τμήμα και Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν.Δ.Α. «Η Αγία Βαρβάρα», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Η αναγνώριση όλων των πιθανών κινδύνων στο εργασιακό περιβάλλον της Μονάδας, η εκτίμηση του κινδύνου έκθεσης και ο σχεδιασμός - εφαρμογή προγράμματος για την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Αρχικά έγινε η χαρτογράφηση του εργασιακού περιβάλλοντος της Μονάδας με την ακριβή περιγραφή της εργασίας (καθορίστηκε δηλαδή ποιος κάνει τι, πως, πότε και για πόσο).

Στη συνέχεια αναγνωρίστηκαν όλες οι πιθανές πηγές κινδύνου και καταγράφηκε ο κίνδυνος λαμβάνοντας υπόψη την πιθανότητα έκθεσης αλλά και την σοβαρότητα επίπτωσης στο μυοσκελετικό σύστημα.

Για το σκοπό αυτό εφαρμόστηκε η τεχνική της φωτογράφισης κατά την ροή της καθημερινής εργασίας των νοσηλευτών σε μια συνήθη 8ωρη βάρδια.

Με τον τρόπο αυτό κατορθώθηκε η χαρτογράφηση του σώματος και η επισήμανση των ανατομικών περιοχών που καταπονούνται.

Ακολούθησε η εκτίμηση των κινδύνων εστιάζοντας στους αποκαλούμενους εργασιακούς-εργονομικούς-οργανωτικούς παράγοντες και προσδιορίζοντας σε ποσοστιαία αναλογία: συχνότητα, διάρκεια, εφαρμογή δύναμης, στάση σώματος, εργονομία χώρου-εξοπλισμού, ρυθμό-ένταση - φόρτο και μονοτονία εργασίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τα ευρήματα της μελέτης τεκμηριώνεται ότι η εργασία εκθέτει τους νοσηλευτές των μονάδων αιμοκάθαρσης σε μυοσκελετική καταπόνηση. Τα καθήκοντα που βρέθηκαν να ενοχοποιούνται σε μεγαλύτερο ποσοστό είναι: η διαχείριση φορτίων, η μεταφορά-μετακίνηση-ανύψωση ασθενούς, η λανθασμένη στάση σώματος, η ορθοστασία, η εργασία σε παρατεταμένη κάμψη και η φροντίδα βαρέως πασχόντων με σημαντικό βαθμό αναπηρίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από την μελέτη μας συμπεραίνεται ότι η εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου και η αποτελεσματική διαχείριση των ευρημάτων (εργονομικές παρεμβάσεις, εκπαίδευση, εφαρμογή νέων μεθόδων, ιατρική παρακολούθηση κ.λ.π.) αποτελούν το κλειδί για την πρόληψη της μυοσκελετικής καταπόνησης, την μείωση του κινδύνου έκθεσης και την βελτίωση των συνθηκών εργασίας.



38. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Μ. Σκοπελίτου¹, Π. Ψας², Α. Κουλούρη³, Σ. Καρατζίνη¹

¹Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», ²Γ.Ν. Νικαίας «Αγ. Παντελεήμων», ³Κ.Υ. Σαλαμίνας

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των παραγόντων εμφάνισης στρες σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε μονάδες τεχνητού νεφρού. Εξετάστηκαν παράμετροι όπως η σχέση μεταξύ των επιπέδων στρες και κοινωνικο /δημογραφικών χαρακτηριστικών, οι εργασιακές σχέσεις, το φόρτο εργασίας και πως μπορεί αυτό να επηρεάζει τα άτομα. Καθώς και άλλα χαρακτηριστικά όπως επίπεδο εκπαίδευσης, συχνότητα βαρδιών και άλλα.

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 265 Νοσηλεύτες από επτά δημόσια Νοσοκομεία του λεκανοπεδίου της Αττικής. Από αυτούς το 82% (n=218) ήταν γυναίκες και το 18%(n=47) ήταν άνδρες. Τα άτομα του δείγματος συμπλήρωσαν το τροποποιημένο ερωτηματολόγιο Expanded Nursing Stress Scale (ENSS).

Αποτελέσματα: Οι κάτοχοι διδακτορικού ή μεταπτυχιακού τίτλου φαίνεται να έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα stress σε σχέση με τους υπόλοιπους νοσηλεύτες που διαθέτουν βασικό πτυχίο. Το κυκλικό ωράριο εργασίας επηρεάζει το παράγοντα στρες αυξητικά. Φαίνεται ότι οι γυναίκες νοσηλεύτριες και οι ανύπαντροι, έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα stress. Επίσης οι νοσηλεύτες που έχουν κάποιον ασθενή στο οικογενειακό τους περιβάλλον, έχουν αυξημένα επίπεδα στρες σχετικά με τους υπολοίπους.

Συμπεράσματα: Η αλλαγή πολιτικής για την υγεία, με προσλήψεις νοσηλευτικού προσωπικού και παροχή κινήτρων, η δημιουργία ομάδων στήριξης, η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και στο σχεδιασμό του εβδομαδιαίου προγράμματος εργασίας καθώς και οι καλές εργασιακές σχέσεις, θα μείωνε το στρες και τις αρνητικές του συνέπειες, όπως οι μακροχρόνιες αναρρωτικές άδειες, η πρόωρη συνταξιοδότηση, η μειωμένη αποδοτικότητα, τα εργατικά ατυχήματα, οι αποζημιώσεις και ο κίνδυνος μετάδοσης μολυσματικών νοσημάτων ως συνέπεια της διάσπαση της προσοχής. Πρέπει η αντιμετώπιση του επαγγελματικού στρες να αναχθεί σε οργανωσιακό πρόβλημα, με αντίστοιχες επεμβάσεις τόσο στο επίπεδο εργασίας όσο και σε επίπεδο οργάνωσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, αλλά και σε προσωπικό επίπεδο.



39. ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σ. Χήρα¹, Α. Χαρδαλιάς², Π. Καραμπατάκης³, Α. Πανούση⁴, Ε. Καραγκιούζη⁵

¹Νοσηλεύτρια, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού «Ευαγγελισμός» Αθήνα, ²Υπ. Νοσηλεύτης ΜΠΚ Π.Γ.Ν «Ρίο» Πάτρα, ³Προϊστάμενος, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκη, ⁴Νοσηλεύτρια Χειρουργικής κλινικής «Αγία Ολγα» Αθήνα, ⁵Υποπλοίαρχος Νοσηλεύτρια, Msc, N.N.A.

Η σχέση νοσηλευτικού προσωπικού και αρρώστου, αλλά και η σχέση των λειτουργών υγείας μεταξύ τους και μεταξύ του ίδιου του επαγγέλματος ακόμη, παρουσιάζουν αρκετά προβλήματα στην πράξη, με επιπτώσεις πολλές φορές στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Οι δυνατότητες της σύγχρονης ιατρικής και της τεχνολογίας έχουν εξαιρετικά διευρυνθεί. Υπάρχει ασύμμετρη ανάπτυξη και ανισότητα, ανάμεσα στην επιστημονική πρόοδο και την κοινωνική εξέλιξη. Οι τεχνολογικές δυνατότητες υπερβαίνουν τα οικονομικά μέσα.

Στη σύγχρονη εποχή, υπάρχει πιο έντονη από ποτέ, η ανάγκη θέσπισης και σωστής ερμηνείας βασικών κανόνων δεοντολογίας, με βάση τις θεμελιακές αρχές της βιοηθικής.

Στην παρούσα εργασία αναφέρονται:

1. Η σχετική, με την πληροφόρηση του ασθενούς, νομοθεσία.
2. Οι σχετικές αναφορές του κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας.
3. Αναλύεται πως η απόφαση για την ορθή ή μη πληροφόρηση του ασθενούς, από πλευράς συγγενών ή και του γιατρού, εμπλέκεται στο έργο του νοσηλευτή, δημιουργώντας ηθικά διλήμματα.
4. Συζητάτε ο ηθικά ορθός τρόπος λήψης απόφασης και ο τρόπος υλοποίησής της, οι εργασιακές συνέπειες και η αντιμετώπισή τους.



40. Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ

Π. Τσιοτικά

Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν. Γρεβενών Φοιτήτρια ΕΑΠ, Τμήμα Διοίκησης, Επιχειρήσεων και Οργανισμών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σε όλες τις πρόσφατες υγειονομικές εξελίξεις και στην προσπάθεια υλοποίησης της κάθε μεταρρύθμισης, «η εμπλοκή του νοσηλευτικού προσωπικού στην οργάνωση και διοίκηση των μονάδων εξωνεφρικής κάθαρσης» θεωρείται πρωταρχικής σημασίας στο νοσηλευτικό σύστημα.

Έτσι, η ποιότητα ζωής που παρέχεται στους ασθενείς που βρίσκονται σε κάποια μορφή εξωνεφρικής υποστήριξης, αποτελεί πλέον μια πρόσθετη θεραπευτική παράμετρο με στόχο την προσφορά πλήρους αποκατάστασης:

Φυσικής

- Πνευματικής και
- Κοινωνικής ευεξίας
- και όχι απλώς την απουσία νόσου ή αναπηρίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Να γίνει κατανοητό πώς να εφαρμόζονται συγκεκριμένες στρατηγικές για την αποτελεσματική επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Η παρούσα εργασία στοχεύει να αναδείξει το ρόλο του νοσηλευτή στην οργάνωση-διοίκηση μονάδων εξωνεφρικής κάθαρσης στις νέες απαιτήσεις και να επηρεάσει το προσωπικό να ασκήσει και να συμμετέχει ενεργά, σε ένα «σύγχρονο διοικητικό ρόλο» σε όλα τα επίπεδα της υγειονομικής μονάδας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ακολουθήθηκε η ανασκόπηση της τρέχουσας Ελληνικής-Διεθνούς βιβλιογραφίας, επίσης περιοδικού – κείμενων εργασιών, Πανελλήνιων Επιστημονικών Συνεδρίων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο νεφροπαθής ασθενής με οξεία ή χρόνια νεφρική δυσλειτουργία, απαιτεί εξειδικευμένη νοσηλευτική παρέμβαση, για να επιτευχθεί ύψιστη ποιότητα ζωής με τους περιορισμούς που επιβάλλει η κατάσταση της υγείας του.

Οι νοσηλευτές παίζουν σημαντικό ρόλο. Αποτελούν το συνδετικό κρίκο της αλυσίδας, παρέχοντας άμεση αξιολόγηση και εκτίμηση για ένα σύνολο νοσηλευτικών πράξεων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στις σύγχρονες μονάδες εξωνεφρικής κάθαρσης, τα διοικητικά καθήκοντα αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του έργου όλων των επαγγελματιών υγείας.

«Η σύγχρονη διοίκηση»
απαιτεί:

- επικοινωνία
- ηγεσία
- δράση

και πρέπει να είναι ανοιχτή σε όλους.

Άρα, κάθε επαγγελματία υγείας, που επιθυμεί να γίνει «αποτελεσματικός και αποδοτικός» στο ρόλο του, πρέπει να διαθέτει:

- γνώσεις και
- δεξιότητες

σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού της υγειονομικής περιθαλψης.



41. ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑ

Μ. Ελευθερούδη, Ε. Κύρογλου

Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η θεώρηση του ανθρώπου ως ψυχοσωματική ενότητα αποτελεί όλο και περισσότερο την εκλεκτική μέθοδο προσέγγισης που χρησιμοποιούν τα υγειονομικά επαγγέλματα. Ένα σημαντικό ποσοστό ανθρώπων που πάσχουν από χρόνιες σωματικές ασθένειες, υποφέρουν από άγχος και κατάθλιψη, γεγονός που αντικατοπτρίζει τις επιπτώσεις της ασθένειας στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Σκοπός: Να αναδειχτεί το γεγονός ότι η σωματική ασθένεια και η ψυχική υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένες. Η δυσλειτουργία στον έναν τομέα οδηγεί σε δυσλειτουργία και στον άλλο, ώστε δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος αναπηρίας και απόγνωσης.

Ανασκόπηση βιβλιογραφίας: Ο ασθενής με χρόνια νόσο βιώνει τις ακόλουθες φάσεις: Πρώτη φάση / έναρξης που συνοδεύεται από το σοκ της διάγνωσης και την άρνηση αποδοχής της νέας κατάστασης. Δεύτερη φάση / κατάθλιψης - ακολουθεί μετά την άρνηση και το άγχος, αφού γίνουν συνειδητές οι πλήρεις επιπτώσεις της νόσου. Τρίτη φάση / προσαρμογής στα νέα δεδομένα με ένα νέο τρόπο επιβίωσης. Στην προσπάθεια αυτή προσαρμογής ο ασθενής αναπτύσσει τους εξείς Μηχανισμούς Άμυνας: Άρνηση - Παλινδρόμηση και υποστροφή - Σωματοποίηση και αντιδράσεις μετατροπής – Αντιρρόπηση.

Συμπεράσματα: Από τη στιγμή που ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όρισε ως υγεία, όχι μόνο την απουσία νόσου ή αναπηρίας, αλλά και την παρουσία φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής αποκατάστασης, παράμετροι που έχουν σχέση με την ποιότητα ζωής των ασθενών γίνονται όλο και πιο σημαντικοί στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο ψυχολογικός παράγοντας αντιμετωπίζεται ως καθοριστικός για την εξέλιξη ασθενειών και την αντιμετώπισή τους.



42. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ

Π. Γιαννούλα¹, Α. Καραμπέτσου¹, Φ. Γρηγοριάδου², Σ. Σπύρου³

¹Επγος (ΥΝ), ²Ασμίας (ΕΝΟΣ), ³Ανθσγος (ΑΝΟ), 251 Γ.Ν. Αεροπορίας, Αθήνα

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιαστούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νεφροπαθείς τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση.

Εισαγωγή: Από τα πρώτα χρόνια εφαρμογής της αιμοκάθαρσης, οι ερευνητές έδειξαν ενδιαφέρον για την κατηγορία αυτών των ανθρώπων που συντηρούνται στη ζωή εξαρτώμενοι από ένα μηχάνημα. Η διαπίστωση αυτή των προβλημάτων όσο δύσκολη αν είναι απαιτεί υπευθυνότητα και προσπάθεια από την ομάδα που στελεχώνει την ομάδα αιμοκάθαρσης.

Υλικό: Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας της τελευταίας 5ετίας.

Συμπεράσματα: Όσο καλή φροντίδα και αν παρέχουμε, όσος καλές και αν είναι οι μέθοδοι υποκατάστασης που εφαρμόζουμε, δεν μπορούμε να δώσουμε στον ασθενή μας αυτό που πραγματικά επιθυμεί: την θεραπεία. Αυτό που του προσφέρουμε είναι πάντα κάτι λιγότερο. Είναι ευθύνη μας όμως να εξασφαλίσουμε ότι η φροντίδα και η στήριξη που τους παρέχουμε είναι υψηλής ποιότητας. τους το χρωστάμε αυτό.



P1. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΔΙΑΙΤΑ ΧΑΜΗΛΗΣ ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΦΩΣΦΟΡΟΥ

Ε. Πρεβύζη¹, Λ. Τσουροπλή¹, Ε. Χελιώτη¹, Α. Νταλιάνης², Σ. Καραντζίνη¹, Γ. Παπαδάκης¹

¹Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», Πειραιάς, ²Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Κρήτη

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η συμμόρφωση των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών στη μειωμένη πρόσληψη φωσφόρου σύμφωνα με τις διαιτητικές συστάσεις και τη συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού στην προσπάθεια τους αυτή.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Στην περιγραφική μελέτη, συμμετείχαν 29 ασθενείς (21 άνδρες / 8 γυναίκες, μέση ηλικία 61 ± 14 έτη, μέση χρονική περίοδο στην αιμοκάθαρση 98 ± 77 μήνες και μέση τιμή Kt/V 1.4 ± 0.3), που υποβάλλονταν σε 4ωρη συνεδρία αιμοκάθαρσης 3 φορές την εβδομάδα. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο σύμφωνα με το Kidney Early Evaluation Program- Quality of Life (KEEP) αναφορικά με τη συμμόρφωση τους σε διαίτα χαμηλού φωσφόρου, τη φώσφοροδεσμευτική αγωγή, τη γνώση τροφών χαμηλής περιεκτικότητας φωσφόρου, την ενθάρρυνση και ενημέρωση τους από το νοσηλευτικό προσωπικό. Σε όλους τους ασθενείς είχαν συνταγογραφηθεί δεσμευτικά φωσφόρου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 82,7% (24/29) των αιμοκαθαιρόμενων γνώριζαν τις τροφές χαμηλής περιεκτικότητας φωσφόρου, αλλά το 38% αυτών ακολουθούσαν μία διαίτα υψηλού φωσφόρου καθημερινά και το 55,2% μία ημέρα πριν τη συνεδρία αιμοκάθαρσης. Μόνο το 6,8% αυτών ήταν σε διαίτα χαμηλού φωσφόρου. Σε ποσοστό 79,3% (23/29) ακολουθούσαν τη φαρμακευτική αγωγή, σύμφωνα με την οποία το 43,5% ελάμβανε ανθρακικό ασβέστιο, το 34,8% σεβελαμέρη και συνδυασμούς αυτών το 21,7% ενώ το 82,6% (19/23) ελάμβανε την αγωγή τακτικά. Επίσης, το 82,7% (24/29) των αιμοκαθαιρόμενων ανέφερε ότι τόσο η πληροφόρηση όσο και η υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν ικανοποιητική.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πλειοψηφία των αιμοκαθαιρόμενων απάντησε θετικά στη συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού της Μονάδας αλλά η συμμόρφωση τους στη διαίτα χαμηλού φωσφόρου ήταν κακή παρά την ικανοποιητική λήψη των φώσφοροδεσμευτικών. Τέλος, οι επισήμανσεις αυτές πρέπει να ερμηνευθούν με προσοχή, διότι το δείγμα ήταν μικρό.



P2. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Ν. Τριανταφυλλίδου, Φ. Κολοβού, Ε. Κωνσταντοπούλου, Γ. Πεφάνη, Ε. Παπαθανασίου
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενική Κλινική «Ιπποκράτης» Πειραιάς

Η εργασία αυτή έχει σαν σκοπό την καταγραφή των φαρμάκων που λαμβάνει η υπό έρευνα ομάδα των ασθενών μας σε αιμοκάθαρση, σε μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή και η ανάδειξη του προβληματισμού μας για τη χρησιμοποίηση εκ μέρους των, πολλών φαρμάκων.

Μελετήσαμε τη φαρμακευτική αγωγή την οποίαν λαμβάνουν πενήντα (50) ασθενείς, 32 άνδρες και 18 γυναίκες ηλικίας από 42 μέχρι 93 ετών [μέσος όρος 71,8 έτη] που υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση από 6 έως 58 μήνες (μέσος όρος 29,1 μήνες). Η κατηγοριοποίηση των φαρμάκων έγινε με βάση την ταξινόμηση του Εθνικού Συνταγολογίου (ΕΣ) του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ).

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης μας διαπιστώσαμε ότι:

1. Οι ασθενείς μας λαμβάνουν 103 φαρμακευτικά σκευάσματα συνολικά, τα οποία ανήκουν στις δέκα από τις δεκαέξι ομάδες φαρμάκων του Εθνικού Συνταγολογίου.
2. Εξ αυτών το 42,7% αφορούν φάρμακα παθήσεων του κυκλοφορικού συστήματος.
3. Κάθε ασθενής:
 - α. λαμβάνει από 3 μέχρι 10 φάρμακα ημερησίως
 - β. λαμβάνει από 4 μέχρι 15 δισκία φαρμάκων ημερησίως (μέσος όρος 8,8 δισκία)
 - γ. λαμβάνει κατά τις ημέρες της αιμοκάθαρσης, ενδοφλεβίως από 1 μέχρι 4 είδη φαρμάκων (μέσος όρος 2,7).

Συμπερασματικά οι ασθενείς με τελικό στάδιο ΧΝΑ που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση αποτελούν κατηγορία ασθενών που λαμβάνουν πολλά και ποικίλα φάρμακα σε καθημερινή βάση, τα οποία όμως θεωρούνται αναγκαία για την αντιμετώπιση των επιπλοκών τις οποίες η βασική τους νόσος προκαλεί. Ως εκ τούτου, η εκτίμησή μας είναι ότι αφού δεν είναι δυνατός ο περιορισμός τους, είναι απαραίτητο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να γνωρίζει καλά τις τροποποιήσεις δοσολογίας και γενικά τα σχήματα χορήγησης των φαρμάκων στους ασθενείς σε αιμοκάθαρση, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται το μέγιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα με τις ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες.



P3. ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Α. Χασιώτη, Ε. Χαμπέρη, Β. Σωτηριάδου, Ε. Παπακυρίτση, Χ. Συργκάνης

Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, «Αχιλλοπούλειο» Γ.Ν.Ν. Βόλου

Μια μορφή άσηπτης περιτονίτιδας αγνώστου αιτιολογίας είναι η ηωσινοφιλική και αποτελεί μια σπάνια επιπλοκή της περιτοναϊκής κάθαρσης (ΠΚ).

Παρατηρείται μετά από την τοποθέτηση του καθετήρα και είναι συνήθως ασυμπτωματική με θολό περιτοναϊκό υγρό που περιέχει κυρίως ηωσινόφιλα.

ΣΚΟΠΟΣ Αυτής της μελέτης είναι η περιγραφή δύο περιπτώσεων ηωσινοφιλικής περιτονίτιδας και η αντιμετώπιση τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήσαμε αναδρομικά όλες τις περιπτώσεις περιτονίτιδας σε ασθενείς σε ΠΚ από 1/1/999 έως 31/12/2008. Σε 77 ασθενείς (50♂, 27♀) μέσης ηλικίας 60 ετών και σε ΠΚ 29,9 μήνες καταγράφηκαν 92 επεισόδια περιτονίτιδας. Το 48% οφείλονταν σε Gram-θετικά βακτήρια, 15% σε Gram-αρνητικά, 24% ήταν άσηπτα, 8% πολυμικροβιακά, 3% από μύκητες και 2% αφορούσαν την ηωσινοφιλική περιτονίτιδα.

1η περίπτωση: Άντρας 68 ετών με ΧΝΝ τελικού σταδίου εντάσσεται σε ΠΚ. Δέκα ημέρες από την τοποθέτηση του καθετήρα εμφανίσε πυρετό, ήπιο κοιλιακό άλγος και θολό περιτοναϊκό υγρό. Στον εργαστηριακό έλεγχο του υγρού ο αριθμός των κυττάρων ήταν 300/mm³ με 50% ηωσινόφιλα και καλλιέργεια αρνητική. Ο ασθενής δεν έλαβε καμία θεραπεία. Στον επανέλεγχο διαπιστώθηκε μείωση των κυττάρων και του ποσοστού των ηωσινόφιλων στο περιτοναϊκό υγρό, ενώ μετά από ένα μήνα ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός.

2η περίπτωση: Γυναίκα 25 ετών με ΧΝΝ τελικού σταδίου εντάσσεται σε ΠΚ. Δύο ημέρες μετά την τοποθέτηση του καθετήρα παρατηρείται θολό περιτοναϊκό διάλυμα. Ο αριθμός των κυττάρων στο υγρό ήταν 523/mm³ με ποσοστό ηωσινόφιλων 60% και καλλιέργεια αρνητική. Μετά από δύο εβδομάδες ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ηωσινοφιλική περιτονίτιδα είναι μια σπάνια και καλοήθης κατάσταση, που εμφανίζεται αμέσως μετά ή λίγες εβδομάδες από την έναρξη της ΠΚ. Ενδεχομένως να αποτελεί αντίδραση υπερευαισθησίας στα υλικά που χρησιμοποιούνται ή στο εισερχόμενο αέρα κατά την τοποθέτηση του καθετήρα. Η θολερότητα του υγρού υποχωρεί χωρίς επιπλοκές και χωρίς θεραπεία ή με χορήγηση αντιισταμινικών ή και κορτικοστεροειδών.



P4. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΜΑΓΝΗΣΙΟΥ ΤΟΥ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟΥ ΔΙΑΛΥΜΑΤΟΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΜΑΓΝΗΣΙΟΥ ΟΡΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ

Ε. Χαμπέρη, Α. Χασιώτη, Β. Σωτηριάδου, Ε. Παπακυρίτση, Χ. Συργκάνης

Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, «Αχιλλοπούλειο» Γ.Ν.Ν. Βόλου

Η χρήση των διαλυμάτων περιτοναϊκής κάθαρσης (ΠΚ) εξασφαλίζει την απομάκρυνση των τοξικών και άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού από τον οργανισμό και την προσφορά ουσιών απαραίτητων για διάφορες λειτουργίες. Η περιεκτικότητα των περιτοναϊκών διαλυμάτων (ΠΔ) σε ηλεκτρολύτες επηρεάζει τα επίπεδά τους στον οργανισμό.

Σκοπός: Αποφασίστηκε να ελεγχθεί εάν με τη χρήση ΠΔ με μειωμένο Mg υπάρχουν μεταβολές στα επίπεδα Mg²⁺, K⁺ και παραθορμόνης (PTH) στον ορό αίματος στους ασθενείς της μονάδας μας.

Υλικό και μέθοδοι: Από 1/1/1999 έως 31/12/2009 βρέθηκαν 6 (1 ♀, 5 ♂) ασθενείς μέσης ηλικίας 50 ετών και ΠΚ 34,041 μήνες που χρησιμοποίησαν ΠΔ περιεκτικότητας σε Mg²⁺ 0,75 mmol/L για 90,25 μήνες και αργότερα ΠΔ με 0,25 mmol/L για 139,75 μήνες. Καταγράφηκαν τα επίπεδα Mg²⁺, K⁺ αίματος για τους μήνες θεραπείας των ασθενών μας στην ΠΚ και τα επίπεδα της PTH.

Αποτελέσματα: Η μέση τιμή του Mg²⁺ στον ορό του αίματος ήταν 2,62 ± 0,4 mg/dl (Φ.Τ 1,9-2,5 mg/dl) όσο έκαναν χρήση ΠΔ με περιεκτικότητα Mg²⁺ 0,75 mmol/L ενώ αλλάζοντας το ΠΔ με χαμηλότερης συγκέντρωσης Mg²⁺ 0,25 mmol/L παρατηρήθηκε μείωση του Mg²⁺ 2,21 ± 0,3 mg/dl. Η μέση τιμή του K⁺ στο αίμα ήταν 4,32 ± 0,42 meq/L και 4,21 ± 0,28 meq/L αντίστοιχα.

Η μέση τιμή της PTH στον ορό του αίματος ήταν 219,4 ± 84,27 pg/mL όσον έκαναν χρήση ΠΔ με περιεκτικότητα Mg²⁺ 0,75 mmol/L ενώ αλλάζοντας το ΠΔ με χαμηλότερης συγκέντρωσης 0,25 mmol/L παρατηρήθηκε αύξηση των επιπέδων της PTH 350,96 ± 157 pg/mL.

Συμπέρασμα: Τα επίπεδα αίματος Mg²⁺ επηρεάζονται από τα επίπεδα του Mg²⁺ ΠΔ. Τα διαιλύματα με περιεκτικότητα σε Mg²⁺ 0,75 mmol/L είχαν ως επακόλουθο ήπιας μορφής υπερμαγνησισαμία στον ορό των ασθενών. Η χρησιμοποίηση διαλυμάτων με χαμηλότερα επίπεδα Mg²⁺ έχει ως αποτέλεσμα την μείωση των επιπέδων του στον ορό αλλά μέσα στις φυσιολογικές τιμές στη δική μας μελέτη.



P5. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΜΑΣΤΙΓΑ ΤΗΣ ΕΠΟΧΗΣ;

Σ. Παυλοπούλου¹, Σ. Μάμαλη¹, Ε. Λορεντζάκη¹, Ε. Χελιώτη¹, Σ. Μικρός¹, Α. Νταλιάνης², Α. Φουντουλάκη¹, Σ. Καραντζίνη¹, Γ. Παπαδάκης¹

¹Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», Πειραιάς, ²Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Κρήτη

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης ήταν η αξιολόγηση συμπτωμάτων κατάθλιψης σε ένα επιλεγμένο δείγμα αιμοκαθαιρόμενων ασθενών από 3 Μονάδες Τεχνητού Νεφρού στην περιοχή του Πειραιά.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Στην επιδημιολογική μελέτη, τα συμπτώματα κατάθλιψης στους αιμοκαθαιρόμενους εκτιμήθηκαν χρησιμοποιώντας μία μέθοδο προσαρμοσμένη από την “Beck-Depression Inventory” (BDI) και την “Center for Epidemiological Studies-Depression Scale” (CES-D). Οι συμμετέχοντες ήταν 126 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς (76 άντρες/50 γυναίκες, μέση ηλικία 66 ± 13 έτη, μέση χρονική περίοδος στην αιμοκάθαρση 52 ± 68 μήνες, μέση τιμή Kt/V $1,4 \pm 0,1$ και μέση τιμή Hct $35,4 \pm 4,5\%$), και υποβάλλονταν σε 4ωρη συνεδρία αιμοκάθαρσης 3 φορές την εβδομάδα. Σε έναν ικανό αριθμό αιμοκαθαιρόμενων είχαν χορηγηθεί αντικαταθλιπτικά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 126 αιμοκαθαιρόμενους, το 58% είχε ήπια-μέτρια κατάθλιψη, 32% μέτρια έως σοβαρού βαθμού κατάθλιψη και μόλις στο 10% αυτών δεν πιστοποιήθηκαν συμπτώματα κατάθλιψης. Δεν υπήρξε συσχέτιση ανάμεσα στα συμπτώματα κατάθλιψης και την αιτιολογία της χρόνιας νεφρικής νόσου ($p=0,16$), ούτε μεταξύ χρόνου στην αιμοκάθαρση, ηλικίας και Hct. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο score κατάθλιψης μεταξύ των 2 φύλων ($p=0,252$) αφού το μέσο score ήταν 17 ± 5 στις γυναίκες και 16 ± 5 στους άντρες. Επίσης δεν προέκυψε καμία συσχέτιση μεταξύ σταδίου κατάθλιψης και των παραμέτρων όπως φύλο, αρχική νεφροπάθεια, συννοσηρότητα και είδος προσπέλασης. Από το σύνολο των 126 αιμοκαθαιρόμενων ασθενών το 33% (41/126) ελάμβανε αντικαταθλιπτική αγωγή, με το ποσοστό της συνταγογράφησης στις γυναίκες να είναι 4 φορές υψηλότερο. (RR=2,375,95% CI:1,417-3,979).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα συμπτώματα κατάθλιψης μπορεί να είναι συχνά στους αιμοκαθαιρόμενους, αλλά δεν σχετίζονται με την χρόνια νεφρική νόσο. Παρόλα αυτά είναι σημαντική η τάση να συνταγογραφούνται αντικαταθλιπτικά στις γυναίκες πιο συχνά από ότι στους άντρες και ίσως θα πρέπει να αναζητηθούν τα αίτια της κατάθλιψης σε επίπεδο μορφωτικό και κοινωνικο-οικονομικό.



P6. Η ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΕΤΑΞΥ ΑΝΑΓΡΑΦΟΜΕΝΗΣ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗΣ ΡΟΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ ΤΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

Θ. Βελιώτης, Χ. Ασίκη, Π. Μαρινάκη, Ν. Σελεμίδης, Κ. Ασαριώτης, Μ. Φιλίππου, Α. Πετράκη, Χ. Ιατρού

Νεφρολογικό Κέντρο «Γ. Παπαδάκης», Π.Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Η πλήρης αξιοποίηση των δυνατοτήτων των φίλτρων αιμοκάθαρσης, ιδιαίτερα των υψηλής διαπερατότητας (high-flux), απαιτεί μεγάλες ταχύτητες ροής αίματος στις οποίες βασίζεται και το συνταγογραφούμενο Kt/V. Σημαντική απόκλιση των αναγραφόμενων ροών αίματος από τις πραγματικές (όπως αυτές προσδιορίζονται από τα ροόμετρα των μηχανημάτων) οδηγεί σε μείωση της υπολογιζόμενης απόδοσης της συνεδρίας αιμοκάθαρσης. Σκοπός της εργασίας είναι η διαπίστωση της ύπαρξης και του μεγέθους αυτής της διαφοράς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν 58 συνεδρίες αιμοκάθαρσης σε 29 χρόνια αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με καλώς λειτουργούσες αγγειακές προσπελάσεις (20 αυτόχθονες αρτηριοφλεβικές αναστομώσεις, AVF και 9 αρτηριοφλεβικά μοσχεύματα, AVG). Στους ασθενείς χρησιμοποιήθηκαν διαδοχικά βελόνες 16 και 15G. 30' μετά την έναρξη της συνεδρίας αυξήθηκε σταδιακά η παροχή από 200 σε 250, 300, 350 και 400ml/min με σύγχρονη καταγραφή τόσο της αναγραφόμενης όσο και της πραγματικής ροής αίματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε όλες τις ταχύτητες ροής αίματος και με την χρήση και των δύο τύπων βελονών, η πραγματική ροή αίματος ήταν μικρότερη σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($p < 0,001$) και σε ποσοστό που έφθανε και το 20% στις ψηλές ροές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αναγραφόμενη ροή αίματος υπερεκτιμά, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, την πραγματική ροή και αυτό μπορεί να αποτελέσει αίτιο αποτυχίας της επίτευξης της επάρκειας-στόχου της συνεδρίας.



P7. ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗ ΕΛΑΦΡΩΝ ΑΛΥΣΙΔΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ BENCE JONES ΜΥΕΛΩΜΑ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΦΙΛΤΡΟΥ HCO ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΣΥΝΕΧΗ ΑΙΜΟΔΙΑΔΙΗΘΗΣΗ (ON LINE HEMODIAFILTRATION, OL HDF)

Α. Μαγαλιά, Κ. Μεταξούλη, Α. Κατωπόδη, Ε. Κιμπάρογλου, Ι. Πανταζή, Χ. Παπαδοπούλου, Δ. Ποντικού, Α. Πετράκη, Χ. Ιατρού

Νεφρολογικό Κέντρο «Γ. Παπαδάκης» Π.Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: Στο πολλαπλό μυέλωμα η υπερπαραγωγή ελαφρών αλυσίδων(κ & λ) μπορεί να οδηγήσει σε οξεία νεφρική ανεπάρκεια με άμεσες αλλά και απώτερες δυσμενείς επιπτώσεις. Η απομάκρυνση τους από τον οργανισμό με την χρήση του νέου υπερδιαπερατού φίλτρου HCO με μεμβράνη PEAS(PolyArylEtherSulfone) αποτελεί σημαντική τεχνολογική εξέλιξη. Σκοπός της εργασίας είναι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και η παράθεση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων της μεθόδου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε δύο ασθενείς με Bence-Jones μυέλωμα, ψηλά επίπεδα ελαφρών αλυσίδων στον ορό(12-14g/l) και νεφρική ανεπάρκεια έγινε αξιοποίηση του φίλτρου HCO με την μέθοδο της (OL HDF). Ο όγκος του υγρού υποκατάστασης ήταν 35 λίτρα χορηγούμενα πριν από το φίλτρο(predilution) ενώ η ροή αίματος και διαλύματος καθορίστηκαν στα 350 και 800ml/min αντίστοιχα. Οι πέντε πρώτες συνεδρίες ήταν καθημερινές και εν συνεχεία κάθε δεύτερη μέρα με στόχο την μείωση και διατήρηση των επιπέδων <2g/l. Έγινε προσδιορισμός των επιπέδων των ελαφρών αλυσίδων στον ορό πριν και μετά την συνεδρία και στο συλλεγμένο διάλυμα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μείωση του επιπέδου των ελαφρών αλυσίδων στον ορό έφθασε το 75% ενώ η συνολικά αποβληθείσα ποσότητα στο διάλυμα ανήλθε μέχρι και στα 21g/συνεδρία. Και στους δύο ασθενείς πέτυχε ο στόχος ενώ στις επιπλοκές θα πρέπει να αναφερθεί η απώλεια λευκωματίνης(περί τα 12g/συνεδρία).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση του φίλτρου HCO σε συνδυασμό με την on line HDF προσφέρει ταχεία μείωση των επιπέδων των ελαφρών αλυσίδων στον ορό και αποβολή σημαντικής ποσότητας αυτών. Σημαντικό μειονέκτημα το μεγάλο κόστος του φίλτρου και του προσδιορισμού των ελαφρών αλυσίδων.



P8. ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Χ. Παναγιώτου¹, Α. Μανάτου¹, Δ. Βλαχάκος², Σ. Γερουλάνος²

¹RN, ²MD, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ONA μετά από μια καρδιοχειρουργική επέμβαση μπορεί να εμφανιστεί σε ποσοστά από 1-10%. Είναι δε επιπλοκή που διεθνώς αναγνωρίζεται ως καταστροφική για την υψηλή θνητότητα και θνησιμότητα που αυτή συνεπάγεται.

ΣΚΟΠΟΣ: Προσδιορισμός της συχνότητας ONA στους καρδιοχειρουργημένους ασθενείς μας και πως αυτό επηρεάζει την θνητότητα και θνησιμότητα στην μονάδα μας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Αναδρομική μελέτη φακέλων ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση από τον Ιανουάριο 2007 έως και Δεκέμβριο του 2007 και που χρειάστηκε να υποβληθούν σε αιμοκάθαρση ή αιμοδιήθηση λόγω εμφάνισης μετεγχειρητικά οξείας νεφρικής ανεπάρκειας. Σε σύνολο 1718 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην καρδιοχειρουργική μονάδα εντατικής θεραπείας (12 κρεβατιών) 68 ασθενείς (3,98%) χρειάστηκε να υποβληθούν σε κάθαρση λόγω οξείας νεφρικής ανεπάρκειας. Περιέπεσαν σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια 2 ασθενείς (2,94%), 45 ασθενείς (66,1%) εξήλθαν καλώς ενώ 21 ασθενείς (30,8%) κατέληξαν. Πραγματοποιήθηκαν 817 αιμοκαθάρσεις και αιμοδιηθήσεις από σύνολο 8 νοσηλευτών που απαρτίζουν την ομάδα του τεχνητού νεφρού με κάλυψη σε 24ωρη βάση. Την ιατρική παρακολούθηση των ασθενών είχαν οι γιατροί της καρδιοχειρουργικής μονάδος και σύμβουλος νεφρολόγος. Το κόστος της νοσηλείας των ασθενών αυτών ήταν ιδιαίτερα υψηλό που όμως οφειλόταν και στην γενικότερη επιπλεγμένη κατάσταση των ασθενών

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ONA αποτελεί ανεπιθύμητη επιπλοκή μετεγχειρητικά. Τα στοιχεία για την φαρμακευτική υποστήριξη της νεφρικής λειτουργίας στον καρδιοχειρουργικό ασθενή είναι μεν ενθαρρυντικά αλλά όχι αρκετά, με εξαίρεση ίσως την ευεργετική δράση της ντοπαμίνης. Η αιμοδιήθηση και η αιμοκάθαρση ωστόσο μπορούν να συνεισφέρουν στην ανάκαμψη του ασθενούς και τελικώς ακόμα και στην έξοδο του από το νοσοκομείο.



P9. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ

Σ. Ζυγά¹, Μ. Λαβδανίτη², Μ. Μαλλιάρου³, Σ. Αρμπούζης⁴, Α. Σπυράκη⁴, Ζ. Τσάρκος⁵, Π. Σαράφης⁶

¹Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Σπάρτη, ²Καθηγήτρια Εφαρμογών Τμήματος Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, ³Λγος (ΥΝ), MSc, Υπ. Διδάκτωρ ΕΚΠΑ, Επιστημονική Συνεργάτης ΤΕΙ Λάρισας, ΣΕΥΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής, ⁴Νοσηλεύτης Γ.Ν. Σπάρτης, ⁵Νοσηλεύτης, ⁶Υποπλοίαρχος (ΥΝ) ΠΝ, NNA, MSc, PhD, Επιστημονικός Συνεργάτης ΕΚΠΑ, Ιατρείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής Ευγενίδειο Θεραπευτήριο

ΣΚΟΠΟΣ: Είναι σημαντικό να γνωρίζουν οι νοσηλεύτες τη στάση τους απέναντι στο θάνατο για να μπορέσουν τελικά να τον διαχειριστούν. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της στάσης των νοσηλευτών απέναντι στην έννοια του θανάτου και η αναγνώριση των αναγκών που εκφράζουν προκειμένου να επιτύχουν τη βέλτιστη αντιμετώπιση των φόβων και του άγχους που ο κάθε θάνατος εκλύει.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Περιγραφική ποσοτική μελέτη, που διενεργήθηκε σε Νοσοκομεία της Περιφέρειας. Συμμετείχαν 49 νοσηλεύτες. Χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο, με ερωτήσεις καταγραφής δημογραφικών στοιχείων και ερωτήσεις διερεύνησης των αντιλήψεων των νοσηλευτών και μέτρησης «Προφίλ συμπεριφοράς θανάτου». Το προφίλ αυτό, διερευνά φόβο για θάνατο, αποφυγή θανάτου, ουδέτερη αποδοχή, αποδοχή μέσω διαφυγής, αποδοχή του θανάτου μέσω προσέγγισης. Για τη στατιστική επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS for Windows.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ηλικία των νοσηλευτών ήταν $25.80 \pm 9,28$ έτη. Το 88% ήταν γυναίκες, άγαμοι (52%), απόφοιτοι ΤΕΙ (54%). Στην ερώτηση «πόσο έχουν οι αισθανθεί άβολα όταν συζητάνε με ασθενείς τελικού σταδίου» το 26.3% απάντησε παρά πολύ, 36.8% πολύ. Επίσης, στην ερώτηση «ποιο τρόπο επιλέγετε για να ανακουφιστείτε από τα συναισθήματα που αναδύονται από το περιστατικό του θανάτου» το 73,9% απάντησε ότι το σκέπτεται στο σπίτι του. Τέλος, στην ερώτηση «πόσο επηρεάζει την προσωπική σας ζωή ένα τέτοιο συμβάν» το ένα τρίτο του δείγματος (N=16) απάντησε ότι την επηρεάζει πολύ. Η διάσταση Φόβος για τον Θάνατο συσχετίζεται αρνητικά με την ηλικία ($r=-0,342$, $p=0,23$), με τα χρόνια προϋπηρεσίας ($r=-0,375$, $p=0,11$). Η διάσταση Αποφυγή Θανάτου συσχετίζεται αρνητικά με το πόσες φορές την εβδομάδα έρχονται οι νοσηλεύτες σε επαφή με τον θάνατο ($r=-0,433$, $p=0,05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εκπαίδευση που λαμβάνουν οι νοσηλεύτες πρέπει να καλύπτει θέματα διαχείρισης απώλειας για να μπορούν να ανταπεξέρχονται στην καθημερινή επαφή με τον θάνατο, με το συγγενικό περιβάλλον των ασθενών και να διαχειρίζονται τις δικές τους αναδυόμενες σκέψεις και συναισθήματα.



P10. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΥΤΟΚΙΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΙΑ (MALNUTRITION INFLAMMATION ATHEROSCLEROSIS)

Γ. Χριστοπούλου¹, Σ. Ζυγά²

¹Φοιτήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Σπάρτη, ²Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Σπάρτη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η Χρόνια Νεφρική Νόσος, αποτελεί μια από τις πιο σοβαρές παθοφυσιολογικές διαταραχές, η οποία οδηγεί σε προοδευτική καταστροφή των νεφρών και της λειτουργίας τους. Η συνεχής απώλεια της ενδογενούς νεφρικής λειτουργίας, έχει ως συνέπεια την εγκατάσταση του ουραιμικού συνδρόμου, τα χαρακτηριστικά και οι κλινικές εκδηλώσεις του οποίου θα οδηγήσουν στην ανάπτυξη του συνδρόμου ΜΙΑ, ιδιαίτερα στην τελικού σταδίου ΧΝΝ.

ΣΚΟΠΟΣ: Στην ανασκόπηση αυτή, αναπτύσσονται τα βιβλιογραφικά δεδομένα που αναφέρονται στον κεντρικό ρόλο που διαδραματίζουν στον παθογενετικό μηχανισμό του συνδρόμου ΜΙΑ, οι φλεγμονώδεις κυτοκίνες.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ: Οι παθολογικές διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα στη ΧΝΝ λόγω της δραστηριότητας του ουραιμικού συνδρόμου και των ουραιμικών τοξινών, αντικατοπτρίζονται στις νοσολογικές οντότητες της υποθρεψίας, της φλεγμονής και της αθηροσκλήρυνσης. Αυτές οι φαινομενικά ανεξάρτητες κλινικές καταστάσεις έχουν ως κοινό παρονομαστή τροφοδότησής τους τις κυτοκίνες, παράγοντες οι οποίοι έχουν κεντρικό ρόλο στην φλεγμονώδη διεργασία. Μελέτες έχουν δείξει πως οι κυτοκίνες IL-6, TNF- α, IL-1 δημιουργούν μια κυκλική αλυσίδα αλληλεπίδρασης και συνεχούς ενίσχυσης μεταξύ αυτών των παθολογικών οντοτήτων, η οποία μεταφράζεται μέσα από το σύνδρομο ΜΙΑ (malnutrition inflammation atherosclerosis). Η αντιμετώπιση του συνδυαστικού αυτού συνδρόμου κρίνεται άκρως σημαντική και η καταστολή και διάσπαση αυτής της σχέσης μπορούν να επιτύχουν ένα βελτιωμένο θεραπευτικό και κλινικό αποτέλεσμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ευρήματα από τις παραπάνω αναφορές υποστηρίζουν τον ενεργό ρόλο των κυτοκινών στην εξέλιξη και δράση του συνδρόμου ΜΙΑ. Οι γνώση αυτή βοηθά στην ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας και αποτελεί αντικείμενο περαιτέρω επιστημονικής έρευνας στο χώρο της Κλινικής Νεφρολογίας.



P11. Η ΤΟΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ: Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΕΝΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Σ. Ζυγά¹, Χ. Τσίρος², Ι. Σταθούλης³

¹Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Σπάρτη, ²Παιδαγωγός, Ψυχολόγος, Ph.D. (Ph- Ed.-Phyc.), M.Sc.(Eng.), B.Sc.(Soc.Sc.), D.I.C., ³Μηχανικός Ιατρικών Οργάνων Γ.Ν. Σπάρτης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι επαγγελματίες της υγείας πρέπει να έχουν δεξιότητες συμβουλευτικής και επικοινωνίας με τον ασθενή, ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν καταστάσεις πιεστικές στο περιβάλλον εργασίας. Απαραίτητη προϋπόθεση για την απόκτηση αυτών των δεξιοτήτων είναι η αυτογνωσία του επαγγελματία.

ΣΚΟΠΟΣ: Η εξέταση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης σε επαγγελματίες του χώρου της υγείας αναφορικά με την τόνωση του επιπέδου αυτοεκτίμησης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Πρόκειται για μία πειραματική έρευνα, η οποία έχει ως θεωρητικό υπόβαθρο της παρέμβασης από την πλευρά της συμβουλευτικής τη Λογικο-θυμική προσέγγιση του Ellis Rational-Emotive Therapy (R.E.T.) και από την πλευρά της εκπαίδευσης ενηλίκων, εκείνο της Μετασχηματίζουσας μάθησης του Mezirow. Το πρόγραμμα υλοποιήθηκε στο πλαίσιο της επιμόρφωσης νοσηλευτών που εργάζονται σε μονάδες τεχνητού νεφρού. Στις συναντήσεις συμμετείχαν 31 άτομα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε επίπεδο αξιολόγησης της συγκεκριμένης επιμορφωτικής δραστηριότητας υπήρξε απόλυτα επιτυχής ως προς το γνωστικό αποτέλεσμα που επήλθε στους συμμετέχοντες. Σε συναισθηματικό, και ενδεχομένως πραξιακό, επίπεδο η πλειοψηφία δηλαδή το 80% των συμμετεχόντων βελτίωσε την στάση του σχετικά με τις παράλογες ιδέες οι οποίες δέσμευαν την αυτοεκτίμησή του κατά 90%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Διαπιστώθηκε ότι όσοι έλαβαν μέρος στο πρόγραμμα βελτίωσαν την στάση τους αναφορικά με τις παράλογες ιδέες-πιστεύω, οι οποίες μειώνουν την αυτοεκτίμησή του ατόμου επιφέροντας και άλλες δυσάρεστες για την ψυχοσωματική του υγεία συνέπειες.



P12. ΣΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ ΚΑΙ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Σ. Ζυγά¹, Ι. Σταθούλης²

¹Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, Σπάρτη,
²Μηχανικός Ιατρικών Οργάνων Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σήψη αποτελεί σημαντική αιτία ONA για τους ασθενείς των ΜΕΘ, αφού συναντάται στο 50% των περιπτώσεων που έχουν καρδιακή και αναπνευστική ανεπάρκεια. Η συνύπαρξη της ONA σε ασθενείς με σήψη και καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια υποδηλώνει ότι σχετίζονται αιτιολογικά συστηματικοί αιμοδυναμικοί παράγοντες, που οδηγούν στη μείωση της σπειραματικής διήθησης και της νεφρικής λειτουργίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Στην ανασκόπηση αυτή, αναπτύσσονται τα πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα που αναφέρονται στον παθογενετικό μηχανισμό της ONA σήψης, τη διάγνωση, την έκβαση, την πρόληψη και τη θεραπεία αυτής.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ: Πολλές μελέτες αναφέρονται στις επιδράσεις της σήψης στη νεφρική ροή αίματος. Ήπιου βαθμού ενδοτοξιναιμία συνοδεύεται από μικρή αύξηση της νεφρικής ροής αίματος και πολυουρία, λόγω της συστηματικής αγγειοδιαστολής που προκαλείται από την επίδραση της βραδυκινίνης, της καλλικρεΐνης και αγγειοδιασταλτικών προσταγλανδινών. Όταν η ενδοτοξιναιμία είναι σημαντικού βαθμού, μειώνεται η νεφρική ροή αίματος και υπάρχει oligουρία. Οι εκδηλώσεις αυτές οφείλονται στην επίδραση αιμοδυναμικών, μη αιμοδυναμικών και κυτταρικών μεσολαβητών. Η προστασία της νεφρικής λειτουργίας γίνεται με αποκατάσταση του ενδαγγειακού όγκου, της αρτηριακής πίεσης και με αποφυγή νεφροτοξικών φαρμάκων. Στην πρόληψη της ONA σημαντική είναι η θέση των διουρητικών της αγκύλης και της μαννιτόλης, τα οποία δίδονται μαζί με σημαντική ποσότητα υγρών. Επίσης, η ντοπαμίνη με την ισχυρή αγγειοδιασταλτική της δράση μπορεί να επιδράσει θετικά στην αιμοδυναμική του νεφρού. Η θεραπεία στηρίζεται στη χρήση αντιβιοτικών. Προφυλακτικά συνηθίζεται η χρήση ανοσοφαιρινών, μονοκλωνικών αντισωμάτων έναντι της ενδοτοξίνης ή του λιπιδίου A όπως και αντι-IL-1, αντι-TNF-α. Σε περίπτωση εγκατάστασης ONA εφαρμόζεται η συνεχής φλεβοφλεβική αιμοδιήθηση ως θεραπεία εκλογής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ευρήματα από τις παραπάνω αναφορές μας ευαισθητοποιούν και μας προσφέρουν χρήσιμες γνώσεις σχετικά με την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση της κλινικής αυτής οντότητας.



ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ
ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ

A

Ανδρικός Α.

*(I) Νεφρολόγος, Επιμελητής Α΄ Νεφρολογικού Τμήματος,
ΓΝ «ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ» Ιωάννινα*

Αραμπατζή Σ.

*(N) Νεφρολογίας, Προϊσταμένη Μονάδων Εξωνεφρικής Κάθαρσης,
Β΄ Νοσοκομείο ΙΚΑ, Θεσσαλονίκη*

B

Βαγιώτας Λ.

(N) Νεφρολογίας MTN, ΓΝ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Θεσσαλονίκης

Βήασακάκη Μ.

(N) Νεφρολογίας ΜΠΚ, Πανεπιστημιακό ΓΝ Αλεξανδρούπολης

Γ

Γεῆαγώτα Δ.

(N) Νεφρολογίας, Προϊσταμένη MTN, Τομεάρχης «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ» Βόλου

Γερογιάννη Σ.

(N) Νεφρολογίας MTN, Πανεπιστημιακό ΓΝ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» Αθήνα

Γκέντζης Δ.

(N) Νεφρολογίας MTN, ΓΝ Έδεσσας

Γκίκα Μ.

*(N) Υπεύθυνη Γραφείου Εκπαίδευσης, ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ & ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ ΓΝ «Ε.Ε.Σ.»
Αθήνα*

Δ

Δαμίγος Δ.

*(I) Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου
Ιωαννίνων*

Ε

Εἰθευεριάδης Θ.

(I) Νεφρολόγος, Κέντρο Αιμοκάθαρσης MEDIALYSE A.E., Σέρρες

Εἰθευερούδη Μ.

*(N) Νεφρολογίας και Ψυχικής Υγείας, Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»
Θεσσαλονίκη, Key Member EDTNA, Co Key Member MENDOR*



ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ - ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Ζ

Ζυγά Σ.

(N) Επ. Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Θ

Θάνου Α.

Πτυχιούχος Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών Πανεπιστημίου Αθηνών

Θάνου Ι.

(N) Νεφρολόγισ, Επίτιμη Πρόεδρος ΕΝΕΝ, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Νοσηλευτικού Κέντρου, «ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ» Αθήνα

Κ

Καλομοίρη Μ.

(N) Αν. Προϊσταμένη ΜΤΝ, ΓΝ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ», Θεσσαλονίκη

Καραγιάννη Α.

(N) Νεφρολόγισ, Προϊσταμένη ΜΤΝ, Πρότυπο Νεφρολογικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

Καραμάνη Μ.

(N) Προϊσταμένη ΜΤΝ, ΓΝ Άρτας

Καραμπατάκης Π.

(N) Προϊστάμενος ΜΤΝ, ΓΝΘ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» Θεσσαλονίκης

Καρατζίνη Σ.

(N) Προϊσταμένη ΜΤΝ, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»

Καυκιά Θ.

(N) MSc, PhD (c), Προϊσταμένη Αναισθησιολογικού Τμήματος, 2ο Νοσοκομείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, Θεσσαλονίκη

Κηπουροπούλου Μ.

(N) Προϊσταμένη ΜΤΝ, ΓΝ Φλώρινας

Κομπόλια Β.

(N) Προϊσταμένη ΜΤΝ, ΓΝ Τρικάλων

Κοντοβράκης Δ.

Βιολόγος - MBA

Κοσπάτη Ε.

(N) Προϊσταμένη ΜΤΝ, ΓΝ Δράμας

Κούλελης Π.

Μουσικός



ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ - ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Κουράκος Μ.

(N) MSc(c) Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Προϊστάμενος MTN, ΓΝ «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ», Βούλας - Αθήνα

Λ

Λαγκάζαλη Β.

(N) Νεφρολογίας, Προϊσταμένη Χειρουργικής Κλινικής Μεταμοσχεύσεων, ΠΓΝ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Θεσσαλονίκη

Λάζαρη Ρ.

(N) Νεφρολογίας, Προϊσταμένη MTN, ΓΝ Κέρκυρας

Μ

Μαράκη Μ.

(N) Σμήναρχος (ΥΝ) Ε.Α. 251 ΓΝΑ

Μάργαρη Χ.

(I) Ειδικευόμενη Παθολόγος – Ογκολόγος, Α΄ Παθολογική Κλινική, ΑΟΝΑ «ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»

Μαρινοπούλου Β.

(N) Προϊσταμένη ΓΠΝΑ «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

Μορφακίδου Λ.

(N) Προϊσταμένη MTN, ΓΝ Κομοτηνής

Μπαϊτόπουλος Γ.

Καθηγητής Μ.Ε.Θ. & Πνευμονολογίας στο Τμήμα Νοσηλευτικής Ε.Κ.Π.Α., Διευθυντής Μ.Ε.Θ. Πανεπιστημιακής Κλινικής ΚΑΤ

Μπάρβα Γ.

(I) Ειδικευόμενη Παθολόγος – Ογκολόγος, Α΄ Παθολογική Κλινική, ΑΟΝΑ «ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»

Ν

Νουνέλη Α.

(N) Προϊσταμένη MTN, ΓΝ Μυτιλήνης

Νταβασίλης Ι.

(N) Προϊστάμενος MTN, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας, ΓΝ Κω



ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ - ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Ο

Οικονόμου Μ.

(N) MSc, PhD(c), Προϊσταμένη Νεφρολογίας, Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης & Εξωτερικό Ιατρείο ΧΝΝ, Πανεπιστημιακό ΓΝ Ιωαννίνων

Ουσταμπασίδου Ν.

(N) Προϊσταμένη Νεφρολογίας MTN, Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας, Λάρισα

Π

Παναγιωτοπούλου Κ.

Αντισυνταγματάρχης (ΥΝ), MSc Υποψήφια Διδάκτωρ ΕΚΠΑ, ΥΠΕΘΑ/ΔΑΔ

Πανταζή Α.

(N) Προϊσταμένη MTN, ΓΝ Σύρου «ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ & ΠΡΩΙΟ»

Παπαδόπουλος Γ.

(N) Υπεύθυνος MTN, Πανεπιστημιακό ΓΝ Αλεξανδρούπολης

Παπαδόπουλος Τ.

Γραμματέας Συλλόγου Νεφροπαθών Θεσσαλονίκης

Πλωμαρίτης Ν.

Δήμαρχος Σκιάθου

Ρ

Ράλλη Μ.

(N) Προϊσταμένη MTN, ΓΝ Καλαμάτας

Ράμμου Π.

Ανχης (ΥΝ), MSc, NFESC, Τμχης Οργάνωσης, ΓΕΣ/ΔΥΓ

Ρέζου Α.

(N) Προϊσταμένη ΒΑ' Sessions, ΓΝ Αθήνα «ΛΑΪΚΟ»

Σ

Σαββίδου Σ.

(N) Νεφρολογίας, ΓΝ Πτολεμαΐδας

Σταυγιανουδάκης Γ.

(I) Νεφρολόγος, Διευθυντής Νεφρολογικής Κλινικής 401 Γενικού Στρατιωτικού Νοσοκομείου Αθηνών, Διευθυντής Νεφρολογικού Τμήματος Ιατρικού Αθηνών



ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ - ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ - ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Σταμέλλου Μ.

Φιλόλογος, Υπεύθυνη Σχολικής Βιβλιοθήκης Γυμνασίου – Λυκείου Σκιάθου

Σχοινά Κ.

(Ν) Προϊσταμένη ΜΤΝ, ΓΝ Χαλκίδας

Τ

Τσίτσος Π.

(Ν) Προϊστάμενος ΜΤΝ, ΓΝ Έδεσσας

Τσούγια Π.

(Ν) Νεφρολογίας – Παιδιατρικής, Διευθύντρια ΝΥ, ΓΝ Παίδων «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ», Αθήνα

Φ

Φουρτούνας Κ.

(Ι) Αναπηρωτής Καθηγητής Παθολογίας – Νεφρολογίας, ΠΓΝ Πάτρας – Ρίο

Χ

Χαρδαλιάς Α.

(Ν) Προϊστάμενος ΜΠΚ, ΠΓΝ Πάτρας – Ρίο

Χασκή Δ.

(Ν) Νεφρολογίας- Παιδιατρικής ΜΤΝ, ΓΝ Παίδων «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ», Αθήνα



**ΕΡΕΥΤΗΡΙΟ
ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ**

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Vehrilainen-Julkunen K.34, 77	Γαραμαζίδου Θ.27, 45
A	Γιοβαντζάκη Μ.28, 52
Αναγνωστοπούλου Α.34, 74	Γιοντζής Α.39, 78
Αναστασίου Π.28, 53	Γιώτη Α.33, 65, 66
Ανδρικός Α.20, 30	Γκέντζης Δ.19, 28
Αντωνίου Κ.39, 80	Γκίκα Μ.19, 29
Αραμπατζή Σ.21, 35	Γράψα Ε.27, 47
Αρμπούζης Σ.38, 96	Γρηγοριάδου Σ.28, 52
Ασαριώτης Κ.37, 93	Γρηγοριάδου Φ.40, 87
Ασίκη Χ.37, 93	Δ
Ασφή Ε.30, 54	Δαμίγος Δ.21, 35
Ατματζίδης Ε.28, 51	Δανιά Γ.27, 49
Αυγέρη Κ.39, 80	Δεβετζής Β.32, 62
B	Δεληγιάννη Μ.31, 56
Βαγιώτας Λ.23, 41	E
Βαργεμέζης Β.32, 62, 63	Ελευθεριάδης Θ.23, 41
Βελιώτης Θ.37, 93	Ελευθερούδη Μ.19, 20, 21, 29,
Βλαΐδου Χ.33, 6530, 31, 35, 40, 59, 86
Βλασακάκη Μ.19, 29, 32, 62, 63	Z
Βλαχάκος Δ.38, 95	Ζαββός Γ.34, 74
Βόγγλη Γ.32, 64	Ζηνέλης Δ.33, 71
Βούζη Π.28, 32, 53, 64	Ζυγά Σ.21, 35, 38, 96, 97, 98, 99
Γ	Θ
Γελαγώτα Δ.21, 34	Θάνου Α.41
Γερογιάννη Σ.22, 27, 36, 47	Θάνου Ι.22, 36
Γερουλάνος Σ.38, 95	Θεοδοσόπουλος Λ.39, 79
Γεωργιάδου Ε.33, 67	Θεοδωρίδης Μ.32, 62, 63
Γεωργίου Α.33, 65	Θώμου Δ.33, 66
Γεωργούλα Μ.33, 72	I
Γιάγκου Α.33, 65	Ιατρού Χ.37, 93, 94
Γιαννάκης Χ.28, 51	
Γιαννούλα Π.40, 87	



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Ιορδανοπούλου Ε.27, 48	Κοσμίδου Ε.33, 67
Κ	Κοσπάτη Ελένη..... 19, 28
Καλαϊτζή Μ..... 32, 62, 63	Κοτζαμανίδου Ε.27, 48
Καλογιαννίδου Ε.....27, 45	Κουβάτα Β.32, 63
Καλομοίρη Μ.....20, 30, 31, 57	Κουκούδης Π.28, 52
Καμενίδου Δ.....30, 54	Κούλελης Π.....23, 41
Καμπούρη Ε.....31, 57	Κούλια Δ.....31, 60
Καπερώνη Μ.34, 73	Κουλούρη Α.40, 83
Καραγιάννη Ά..... 19, 27	Κουράκος Μ.....21, 33, 35, 71
Καραγκιούζη Ε.....40, 84	Κουτρούμπας Γ.27, 44
Καραγκούνη Α. 39, 79, 82	Κράντου Π.....28, 50
Καραμάνη Μ.22, 36	Κύρογλου Ε. 27, 31, 40, 48, 59, 86
Καραμπατάκης Π.....23, 40, 41, 84	Κωνσταντοπούλου Ε.36, 89
Καραμπέκου Β.31, 56	Λ
Καραμπέτσου Α.40, 87	Λαβδανίτη Μ.38, 96
Καραντζίνη Σ.....36, 37, 88, 92	Λαγκάζαλη Β..... 19, 20, 22, 29, 30, 34, 36, 73, 75
Καραπαναγιώτου Π.27, 45	Λάζαρη Ρένα.....22, 36
Καρατζαφέρη Χ.28, 51	Λεπενιώτη Χ.27, 46
Καρατζίνη Σ.21, 33, 40, 83	Λορεντζάκη Ε.....37, 92
Καρβούνη Α.39, 81	Μ
Κατωπόδη Α.....37, 94	Μαγαλιά Α.....37, 94
Καυκιά Θ. 23, 33, 34, 41, 71, 77	Μαλινδρέτος Π. 27, 44, 49
Καψάλλα Κ.....30, 54	Μαλλιαρού Μ.....38, 96
Κέγκου Ε.....33, 66	Μάμαλη Σ.....37, 92
Κεχαγιά Α.....34, 75	Μανάτου Ά.31, 38, 60, 95
Κηπουροπούλου Μ.....22, 37	Μαράκη Μ..... 18, 26
Κιλτσίκη Ε.32, 63	Μάργαρα Χ. 19, 29
Κιμπάρογλου Ε.....37, 94	Μαρινάκη Π.....37, 93
Κοθρά Ε.39, 78	Μαρινοπούλου Β.23, 41
Κοκκίνου Ε.39, 82	Ματέα Α.31, 55
Κολοβού Φ.36, 89	Μαυροματίδης Κ.....27, 45
Κομπόλια Β.22, 40	Μεϊμαρίδου Δ.....28, 52
Κοντοβράκης Δ.....20, 30	
Κοροβέση Α.28, 50	



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Μειμάρογλου Δ.....33, 70	Παναγιωτοπούλου Κ..... 22, 36
Μεταξά Υ.....31, 60	Παναγιώτου Μ.27, 47
Μεταξούλη Κ.....37, 94	Παναγιώτου Χ.38, 95
Μικρός Σ.37, 92	Πάνου Ε.31, 58
Μιλτσακάκη Ε.32, 62	Πανούση Α.40, 84
Μιχαλόπουλος Δ.....30, 54	Πανταζή Α.22, 40
Μορφακίδου Λ.19, 29	Πανταζή Ι.37, 94
Μουσθενιώτη Ε.....33, 70	Παπαγεωργίου Β.27, 30, 44, 54
Μπακογιάννη Γ. 27, 44, 49	Παπαγεωργίου Ο.....33, 72
Μπαλτόπουλος Γ..... 18, 26	Παπαδάκης Γ.....36, 37, 88, 92
Μπαμίχας Γ.....31, 57	Παπαδόπουλος Γ.....22, 39
Μπάρλα Γ.....19, 29	Παπαδόπουλος Τ.....21, 35
Μπατζιογιώργος Γ.....39, 78	Παπαδοπούλου Χ.37, 94
Μπεζιργιαννίδου Σ.....32, 62	Παπαθανασίου Ε.27, 36, 46, 89
Μπέκα Α.31, 58	Παπακυρίτση Ε.....31, 37, 61, 90, 91
Μπλέτα Α.30, 54	Παπανικολάου Α.31, 56
Μπογιατζάκη Μ.....28, 52	Παπασιμακοπούλου Α.34, 74
Μπόκαρη Α.....39, 82	Πασπαλίδου Ε.....27, 45
Ν	Παυλοπούλου Σ.....37, 92
Νάκα Φ.32, 62	Πείχαμπέρη Μ.....32, 63
Νάσκαρη Κ.....28, 32, 53, 64	Πέντσιογλου Β.....34, 73
Νικηφορίδου Ν.33, 70	Πετράκη Α..... 37, 93, 94
Νουνέλη Α.....22, 37	Πέτσιος Κ.....31, 60
Νούσης Α.30, 54	Πεφάνη Γ.36, 89
Νταβασίλης Ι.....21, 33	Πολύχρου Μ.31, 55
Νταλιάνης Α.....36, 37, 88, 92	Ποντικού Δ.37, 94
Ο	Πουλίδα Γ.39, 82
Οικονόμου Μ.....20, 21, 31, 35	Πουλικίδου Σ.....31, 56
Ουσταμπασίδου Ν.19, 27, 28, 51	Πρεβύζη Ε.....36, 88
Π	Ρ
Παλατζίδου Μ.31, 58	Ράλλη Μ.21, 34
Παναγιωτοπούλου Γ.....33, 72	Ράμμου Π.22, 36
	Ραφτογιάννη Β.....28, 53
	Ρέζου Α.20, 31



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Ρουμελιώτης Α.....	32, 63	Τόπκα Δ.....	39, 79
Ρουμπελάκη Ι.....	28, 32, 53, 64	Τράμπα Ε.....	30, 54
Σ			
Σαββίδου Σ.....	23, 41	Τράντα Α.....	34, 75
Σαββοργινάκη Χ.....	33, 66	Τριανταφυλλίδου Α.....	27, 36, 46, 89
Σαγξαρίδου Α.....	31, 57	Τσακαλίδου Σ.....	34, 76
Σακκάς Γ.....	28, 51	Τσακνάκη Ε.....	28, 51
Σαπουντζή-Κρέπια Δ.....	34, 77	Τσάκνη Α.....	34, 76
Σαρακατσιάνου Ο.....	31, 59	Τσάρκος Ζ.....	38, 96
Σαραντζή Ξ.....	34, 74	Τσέκλημα Μ.....	33, 65, 66
Σαράφης Π.....	38, 96	Τσιόλκα Ε.....	33, 66
Σαρρής Ε.....	39, 79, 82	Τσιοτίκα Π.....	40, 85
Σδράλιας Τ.Ν.....	39, 81	Τσίρος Χ.....	38, 98
Σελεμίδης Ν.....	37, 93	Τσίτσης Π.....	20, 30
Σκοπελίτου Μ.....	40, 83	Τσοπάνογλου Ε.....	34, 73
Σκορδαλού Π.....	33, 72	Τσούγια Π.....	18, 20, 21, 22, 23, 26, 30, 35, 36, 41
Σπυράκη Α.....	38, 96	Τσουροπλή Λ.....	36, 88
Σπύρου Σ.....	40, 87	Φ	
Σταθούλης Ι.....	38, 98, 99	Φιλίππου Μ.....	37, 93
Σταμέλλου Μ.....	19, 29	Φουντουλάκη Α.....	37, 92
Σταμούλη Μ.....	31, 60	Φουρτούνας Κ.....	21, 35
Σταυγιανουδάκης Γ.....	20, 30	Φραγκίδης Σ.....	31, 57
Στεφανίδης Ι.....	28, 51	Φώτη Γ.....	31, 58
Στεφανίδου Ο.....	27, 49	Χ	
Συργκάνης Χ.....	27, 31, 37, 44, 49, 61, 90, 91	Χαμπέρη Ε.....	31, 37, 61, 90, 91
Σχοινά Κ.....	22, 39	Χαρδαλιάς Α.....	19, 20, 28, 29, 30, 40, 50, 84
Σωτηριάδου Β.....	31, 37, 61, 90, 91	Χασάν Χ.....	27, 45
Τ			
Τασούλα Φ.....	33, 65	Χασιώτη Α.....	31, 37, 61, 90, 91
Τζεπαπαδάκη Ε.....	28, 53	Χασκή Δ.....	32, 64
Τζέρμπου Α.....	33, 65, 66	Χασκή Διαμάντω.....	19, 29
Τιτάκη Ε.....	27, 46	Χατζηδάφνη Κ.....	27, 46
		Χατζοπούλου Σ.....	32, 62



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Χειλάκη Π.	30, 54	Ψ	
Χελιώτη Ε.	36, 37, 88, 92	Ψας Π.	40, 83
Χήρα Σ.	40, 84	Ψιλοπούλου Μ.	33, 72
Χριστοπούλου Γ.	38, 97		
Χριστοφορίδου Μ.	32, 63		

